



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las
Ciencias del Comportamiento

TESIS DOCTORAL

**La resiliencia y el apoyo social como factores de
protección del maltrato en personas con demencia: un
estudio en cuidadores familiares**

Autora:

LÍDIA MARIA RAMOS SERRA

Directores:

Dr. Israel Contador Castillo

Dr. Jesús Rivera Navarro

Programa de Doctorado en Neuropsicología

SALAMANCA, 2017

INFORME DE LOS DIRECTORES DE LA TESIS

Dr. ISRAEL CONTADOR CASTILLO. Profesor Contratado Doctor. Dpto. de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

Dr. JESÚS RIVERA NAVARRO. Profesor Titular de Universidad. Dpto. de Sociología y Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICAN:

Que el trabajo presentado por D^a. LÍDIA MARIA RAMOS SERRA titulado: “*La resiliencia y el apoyo social como factores de protección del maltrato en personas con demencia: un estudio en cuidadores informales*”, reúne todos los requisitos necesarios para su defensa y optar al Título de Doctor con Mención Internacional.

En Salamanca, a 1 de Junio de 2017

Fdo.: Prof. Israel Contador Castillo

Fdo.: Prof. Jesús Rivera Navarro

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar al Dr. Israel Contador Castillo, director de esta tesis, por creer en mi trabajo, ayudarme en todos los momentos, motivarme para la investigación, por sus enseñanzas y orientaciones durante mi camino académico, y en particular, durante la realización de esta tesis. Al Dr. Jesús Rivera Navarro, por permitir mi participación en el proyecto sobre maltrato. Les respeto y admiro por incentivar a mejorar continuamente, a nivel personal y profesional. También quiero agradecer al profesor Bernardino Fernández-Calvo por su apoyo y orientación en los análisis estadísticos.

Quiero hacer especial mención a todos los demás que, de manera directa o indirecta, han contribuido para este trabajo.

Por último, y no menos importante, a mis padres y otros familiares que siempre me han apoyado en todos los momentos de mi vida.

Índice general

Agradecimientos	V
Índice general	VII
Índice de tablas	XI
Índice de figuras	XIII
Abreviaturas	XV
Resumen	XVII
<i>Abstract</i>	XIX
Introducción	1
 PARTE I. REVISIÓN TEÓRICA	 7
CAPÍTULO 1. LAS DEMENCIAS	9
1.1. Definición de la demencia	11
1.2. Prevalencia e incidencia de la demencia	12
1.3. Clasificación de las demencias y subtipos	13
1.3.1. Demencias reversibles	13
1.3.2. Demencias no Reversibles. Prevenibles	14
1.3.3. Demencias no Reversibles. No prevenibles - Demencias primarias	15
1.3.4. Subtipos de demencia y características principales	17
1.4. Los costes de la demencia	20
 CAPÍTULO 2. EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA	 23
2.1. Introducción	25
2.2. El cuidador de la persona con demencia: características principales	28

2.2.1. Variables sociodemográficas	29
2.2.2. La sobrecarga en los cuidados	32
2.3. Aspectos positivos del cuidado	34
2.3.1. La resiliencia	35
2.3.2. El apoyo social	37
CAPÍTULO 3. LOS MALOS TRATOS	41
3.1. El maltrato en los ancianos: definición y subtipos	43
3.1.1. Maltrato físico	44
3.1.2. Maltrato psicológico	44
3.1.3. Maltrato económico	45
3.1.4. Maltrato sexual	46
3.1.5. Maltrato por negligencia	46
3.2. Prevalencia e incidencia del maltrato	47
3.3. Factores relacionados con el maltrato	49
3.4. Instrumentos para medir el maltrato en el anciano	53
3.5. Maltrato en el anciano con demencia	54
3.6. Sobrecarga, estrés y maltrato	59
3.7. Modelos explicativos del maltrato	60
PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO	69
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	71
4.1. Objetivos	76
4.2. Hipótesis	77

5. MÉTODO	81
5.1. Participantes	83
5.2. Instrumentos/Material	83
5.3. Procedimiento	91
6. RESULTADOS	95
6.1. Características de la muestra	97
6.2. Relación entre variables del cuidador y el paciente con el maltrato	97
6.3. Predicción del maltrato	97
7. DISCUSIÓN	103
8. CONCLUSIONES	111
9. CONCLUSIONS	115
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

Índice de tablas

Tabla 1. Tabla resumen. Clasificación de las demencias

Tabla 2. Factores de riesgo y de protección del maltrato en las personas mayores

Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados en el estudio

Tabla 4. Características clínicas y sociodemográficas de los grupos

Tabla 5. Modelos de regresión múltiple para predecir el maltrato

Índice de figuras

Figura 1. Modelo ecológico: factores de riesgo en los diferentes niveles

Figura 2. Modelo de análisis de los malos tratos en personas con demencia

Figura 3. Modelo de regresión múltiple por pasos sucesivos para predecir el maltrato

Figura 4. Análisis de la sobrecarga como variable mediadora en la relación entre el apoyo social y el riesgo al maltrato

Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
AVD	Actividades de Vida Diaria
CASE	Caregiver Abuse Screen
CDR	Clinical Dementia Rating
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
CTS-2	Revised Conflicts Tactics Scale
DAVIES	Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses
DCB	Degeneración Cortico-Basal
DCL	Demencia con Cuerpos de Lewy
DFT	Demencia Fronto-Temporal
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – quinta edición
EA	Enfermedad de Alzheimer
EAI	Elser Assessment Instrument
ECJ	Enfermedad Creutzfeldt-Jacob
EP	Enfermedad de Parkinson
FAQ	Escala de Pfeffer
HAD	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HALF	Health, Attitudes toward aging, Living arrangements, Finances
H-S/EAST	Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
INE	Instituto Nacional de Estadística
IOA	Indicators of Abuse Screen
IQCODE	Informant Questionnaire Cognitive Decline in the Elderly

NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke, and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NPI	Inventario Neuropsiquiátrico
NPI-Q	Inventario Neuropsiquiátrico – versión española abreviada
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSP	Parálisis Supranuclear Progresiva
REAH	Elder Abuse in the Home
SF-12	Cuestionario de Salud General
S-IQCODE	Informant Questionnaire Cognitive Decline in the Elderly – Spanish version
VASS	Vulnerability to Abuse Screening Scale
VD	Variable Dependiente
VI	Variable Independiente
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

La literatura se tiene centrado más en identificar factores de riesgo asociados al maltrato a las personas mayores con demencia y poco sobre las variables de protección psicosocial de las experiencias de maltrato.

Este estudio tiene como objetivo principal investigar un conjunto de factores del cuidador y el propio enfermo que pueden estar relacionados con el maltrato a personas mayores con demencia. Fueron evaluados un total de 326 cuidadores, principales y familiares, residentes en la comunidad de Castilla y León. Todos los participantes completaron un protocolo estandarizado que evaluó las características sociodemográficas, variables relacionadas con el enfermo y el cuidado, además de la sobrecarga percibida, resiliencia y apoyo social. El maltrato fue evaluado a través de la Caregiver Abuse Screen (CASE).

Los resultados muestran que la intensidad del deterioro cognitivo y las alteraciones de conducta del anciano, un mayor número de horas de cuidado, una peor relación previa con el cuidador y la sobrecarga percibida se relacionan positivamente con el maltrato. No obstante, la resiliencia y el apoyo social mostraron una relación negativa con la puntuación en la CASE. Así, la resiliencia y el apoyo social tienen un efecto de protección sobre el maltrato, incluso tras controlar el efecto de diferentes covariables. Sin embargo, la resiliencia fue la única que se mantuvo significativa tras incluir el efecto de la sobrecarga. En conclusión, este trabajo confirma el papel de la sobrecarga en la aparición del maltrato, mientras que la resiliencia y el apoyo social son factores relacionados con la prevención. Estas variables deben ser consideradas en las guías de acción para la prevención del maltrato del anciano con demencia.

Palabras-clave: Demencia, cuidadores familiares, malos tratos, resiliencia, apoyo social y sobrecarga.

RESILIENCE AND SOCIAL SUPPORT AS PROTECTIVE FACTORS FOR ABUSE IN PEOPLE WITH DEMENTIA: A STUDY IN FAMILIAL CAREGIVERS

Abstract

Scientific literature has identified different risk factors associated to abuse in patients with dementia, but little is known about the psychosocial protective variables of abuse. The main objective of this study is to investigate a set of factors from the caregiver and the patient that can be related to abuse of patients with dementia. A total of 326 primary and family caregivers were evaluated, residents of the Castilla and León community. All participants filled out a standardized protocol, which assessed the sociodemographic characteristics, variables related to the patient and care, as well as the perceived burden, resilience and social support. Abuse was evaluated using the Caregiver Abuse Screen (CASE).

Results show that the severity of cognitive impairment and behavior disorders of the patients, a greater number of caregiving hours, a worse previous relationship with the caregiver, and perceived burden are positively related with abuse. Nevertheless, resilience and social support showed a negative relationship with CASE scores, suggesting a protective effect on abuse, even after controlling the effect of a number of covariates. Indeed, resilience was the only variable that remained significant after including the effect of burden. In conclusion, this paper states the role of burden in abuse of patients with dementia, while resilience and social support are abuse protective factors. These variables should be considered in future guidelines for the prevention of abuse against patients with dementia.

Keywords: Dementia, family caregivers, abuse, resilience, social support and burden.

INTRODUCCIÓN

Con el decurso de la edad, se producen una serie cambios biológicos, psicológicos y sociales de manera gradual. Así, la probabilidad de desarrollar enfermedades o ciertas patologías incrementa con la edad, entre ellas, la demencia (Spar y Rue, 2005). En 2013, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) define el “Trastorno Neurocognitivo Mayor” (anteriormente demencia) como un declive en una o más áreas cognitivas, fundamentado a través de instrumentos estandarizados, con repercusiones en el funcionamiento independiente del sujeto sobre las actividades de la vida diaria (APA; American Psychological Association, 2013).

No obstante, la demencia es un síndrome que afecta no sólo a quien la padece, sino también a su familia y/o cuidadores que se responsabilizan de la atención al enfermo. Los cuidadores familiares proporcionan los cuidados a la persona dependiente de manera voluntaria y no remunerada, complementando la intervención de los servicios profesionales que están disponibles (Hoffmann y Rodrigues, 2010). Así, ayudan a mantener sus necesidades básicas, son sus vigilantes y sus orientadores diarios, prestando cuidados de tipo emocional e instrumental. Este tipo de cuidados pueden ser realizados por uno o más de los miembros de la familia (Rodríguez-Ponce, 2003).

En este contexto, los cuidados dedicados al enfermo requieren tiempo y dedicación por parte del cuidador, lo cual interfiere significativamente en su calidad de vida (Hoffmann y Rodrigues, 2010). Cuidar a una persona con demencia puede afectar a la salud, el bienestar, las rutinas y la calidad de vida del cuidador (Fleischmann y Klupp, 2004; García-Rodríguez y Caballos-Atienza, 2003). Así, las tareas de cuidado se asocian con síntomas de ansiedad y depresión del cuidador, convirtiéndose en un factor

de riesgo de la violencia a los enfermos (Cammer, 1996; Rudnick, 2004; Zucchella et al., 2012).

En definitiva, el estrés y la sobrecarga asociados con el cuidado son factores relacionados con la aparición del maltrato (Rueda-Estrada, 2008).

Las situaciones violentas o de maltrato son acciones negativas (físicas, psicológicas, sexuales, económicas o negligencia) que causan perjuicio y sufrimiento a los demás (OMS; Organización Mundial de la Salud, 2002) y están asociadas a factores de riesgo que se relacionan con la persona cuidada (e.g., deterioro cognitivo), el cuidador (e.g., sobrecarga o estrés), sus relaciones (e.g., desarmonía familiar) o el entorno (e.g., bajo apoyo social) (Johannesen y LoGiudice, 2013). En otros estudios, se ha encontrado que la relación pre-mórbida entre el cuidador y el enfermo (e.g., cuidadores que se han visto obligados a cuidarles y tenían una mala relación personal con el receptor de cuidados), los factores de personalidad del cuidador (e.g., agresividad), la sintomatología psicológica y conductual (e.g., ansiedad y estrés), el consumo de alcohol por parte del cuidador (Compton, 1997; Cooney y Wrigley, 1996) y el elevado número de horas de cuidado (Cooper et al., 2010a) son factores de riesgo asociados a los malos tratos.

Por otro lado, hay factores de protección de los malos tratos, como son la resiliencia o el apoyo social, pero los estudios son escasos (Férrández-Lansac, Crespo-López, Cáceres y Rodríguez-Poyo, 2012; Gaugler et al., 2007). La resiliencia respecta a las capacidades o recursos personales de los sujetos que les permite afrontar con éxito las situaciones adversas (Férrández-Calvo, Contador, Ramos, Menezes de Lucena,

Silva y Torro-Alves, 2016). Cuando la resiliencia está presente en los cuidadores de personas con demencia, les permite enfrentar las exigencias de los cuidados de manera positiva y adaptativa. Los cuidadores formales más resilientes son más flexibles y superan mejor las situaciones adversas en comparación con aquellos con baja resiliencia (Menezes de Lucena, Fernández-Calvo, Hernández, Ramos y Contador, 2006). Pero no hay estudios sobre la relación entre la resiliencia y los malos tratos a la persona mayor con demencia. La reducción de los malos tratos ha sido relacionada con la auto-eficacia, expectativas y apoyo recibido de los cuidadores (Pérez-Rojo, Izal, Montorio y Penhale, 2009). Considerando que la resiliencia y los constructos de control como el optimismo se relacionan con menor sobrecarga (Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguéis y Ramos, 2012; Menezes de Lucena et al., 2006) que es un factor de riesgo del maltrato (Yan y Kwok, 2011), se espera que la resiliencia disminuya la posibilidad de maltrato. Además, el apoyo social puede ayudar a afrontar problemas cotidianos con varios niveles de gravedad y a incluir las personas en su entorno (Walker, Wasserman y Wellman, 1994) y, por lo tanto, las personas que se perciben con apoyo social tienen menos probabilidades de iniciar el maltrato (Lee, 2008).

Aún así, y a pesar de su importancia, el impacto de los factores de protección del maltrato en cuidadores familiares de personas con demencia y los posibles efectos de mediación relacionados, es casi desconocido. Este trabajo trata sobre la problemática de los malos tratos a través de la comprensión de los principales factores, ya sean del cuidador o de las personas con demencia, relacionados con la aparición de los mismos. Además, se analizan potenciales efectos mediadores de la sobrecarga en la relación entre resiliencia y apoyo social de los cuidadores y los malos tratos a la persona mayor con demencia.

Este trabajo está organizado en cuatro partes:

La primera parte se refiere a la revisión teórica, compuesta por varios capítulos: el primero habla sobre las demencias y sus características clínicas, donde son aclarados sus criterios de diagnóstico, datos correspondientes a su prevalencia e incidencia, la clasificación de las demencias y subtipos, sus principales características y costes asociados; el segundo capítulo se destina a los cuidadores familiares donde se destacan sus características y variables sociodemográficas asociadas, la sobrecarga y los aspectos positivos del cuidado (resiliencia y apoyo social); el tercer capítulo se enfoca en los malos tratos a los ancianos, definición y subtipos, prevalencia e incidencia, factores relacionados con el maltrato, instrumentos de medición, los malos tratos a la persona con demencia, su relación con la sobrecarga y estrés y los modelos explicativos.

La segunda parte del trabajo integra el estudio empírico, donde se destacan el problema de investigación, los objetivos, las hipótesis del estudio, la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas.

PARTE I. REVISIÓN TEÓRICA

1.LAS DEMENCIAS

1.1. Definición de la demencia

La OMS (2015) clasifica la demencia como un síndrome causado por una enfermedad en el cerebro, generalmente con un carácter crónico y progresivo, asociado a perturbaciones en varias funciones corticales superiores. Se añaden a estas alteraciones, problemas en la conducta social, en el control emocional o en la motivación, que afectan a las capacidades sociales y el funcionamiento de la vida diaria de las personas (Cummings, 2004). De acuerdo con la APA (2013), el trastorno neurocognitivo mayor (conocido anteriormente como demencia) se caracteriza por un declive cognitivo significativo cuando es comparado con un nivel previo de funcionamiento, en una o más capacidades cognitivas, que repercute negativamente en la autonomía del sujeto en su vida diaria. La Enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común, representando 60% al 80% de los casos de personas con demencia, siguiéndose la demencia de tipo vascular (Alzheimer's Association, 2016).

Existen diferentes clasificaciones para determinar el estadio de la demencia. Una de las más empleadas es la Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes, Berg, Danziger, Coben y Martin (1982), que clasifica a los sujetos en demencia leve (puntuación igual a 1), moderada (puntuación de 2) o grave (puntuación igual a 3) según las dimensiones de memoria, orientación, juicio y resolución de problemas, vida social, el hogar y las aficiones y cuidado personal. El estadio leve define a una persona con pérdida de memoria moderada que interfiere en las actividades diarias, hay alguna desorientación en el tiempo y en el espacio, dificultades para manejar problemas complejos o para disfrutar de la vida social de manera independiente. En el hogar y aficiones, las personas abandonan las tareas más complejas y necesitan, ocasionalmente, de estimulación en su cuidado personal. En el estado moderado de demencia, los sujetos

presentan grave pérdida de memoria, normalmente están desorientados en el tiempo y a menudo en el espacio, su capacidad para solucionar problemas y su juicio social suelen estar deteriorados, no presentan funcionamiento independiente fuera del hogar, solo contestan a tareas sencillas y necesitan de ayuda para vestirse, lavarse o cuidar de sus efectos personales. En el estado grave de demencia, existe una grave pérdida de memoria, las capacidades de orientación están totalmente comprometidas, el sujeto es incapaz de resolver problemas, su capacidad funcional en el hogar o aficiones está gravemente deteriorada y necesita ayuda para los cuidados personales.

1.2. Prevalencia e incidencia de la demencia

La prevalencia de la demencia varía según la edad, los sistemas de clasificación utilizados y las regiones o países estudiados (Haaland, Price y Larue, 2003). Se estima que en el mundo, en 2010, casi 35 millones de personas padecían demencia (World Alzheimer Report, 2009) y en 2015, 46,8 millones (Alzheimer's Disease International, 2015); en 2030, 65,7 millones podrán padecerla y en 2050, 115,4 millones. Se estima, también, que 57% de las personas con demencia vivan en países con bajos/medios recursos económicos, porcentaje que tendrá a incrementarse al 70,5% en 2050 (World Alzheimer Report, 2009). Los datos presentados por Prince et al. (2013) apuntan que habrá 48,1 millones de personas con demencia en el año de 2020 y 90,3 millones en 2040. En España se estima que los valores de prevalencia de demencia son del 10,9% y de la EA de 7,7%, en personas con 70 o más años (Gascón-Bayarri et al., 2007). El estudio de Pedro-Cuesta et al. (2009) constata que en España existen unas 600.000 personas con demencia (400.000 casos con EA aprox.).

En cuanto su incidencia, según el informe expuesto por Alzheimer's Disease International (2015), se estiman más de 9,9 millones de casos nuevos en el mundo (un

caso nuevo cada 3,2 segundos) en el 2015, valores hasta un 30% más altos que el número de nuevos casos calculado para el año de 2010. El mismo informe expone que, en comparación a estimativas de 2012 hechas por la OMS, las cifras de 2015 muestran incremento de nuevos casos en Asia, América y África, pero una disminución en la Europa, justificando que la incidencia está directamente afectada por los cambios en la exposición de la población a factores de riesgo. La incidencia suele ser más elevada en personas del sexo femenino que en el sexo masculino, principalmente cuando se trata de la EA. Padecer de demencia aumenta exponencialmente con la edad, duplicándose con cada incremento de 5,5 años en la América del Norte hasta 6,7 años en el sudeste de Asia y Australia (Prince et al., 2013). Este incremento va del 3,9 por 1000 personas-año a los 60-64 años hasta un 10,4 por 1000 años a los 90 años o más años (Alzheimer's Disease International, 2015).

1.3. Clasificación de las demencias y subtipos

Las demencias se pueden clasificar, de un modo general, como reversibles, no reversibles prevenibles, no reversibles y no prevenibles (Santana, 2005). La tabla 1 presenta, de modo resumido, la clasificación de las demencias.

1.3.1. Demencias reversibles

Este tipo de demencias son factibles de tratamiento y presentan una prevalencia entre un 10-20% en relación a las demencias no reversibles. Los subtipos de demencia que se encuadran en las reversibles son:

- a) Demencia por cambios hormonales o déficits de vitaminas (hipotiroidismo, hipertiroidismo, tiroides de Hashimoto, hipoparatiroidismo, déficit de vitamina B12 o de ácido fólico).
- b) Demencias asociadas a infecciones (meningitis subaguda, crónica tuberculosa, brucelosis, sífilis y borrelia).
- c) Demencias provocadas por tóxicos o metales (enfermedad de Wilson; demencia dialítica).
- d) Otras lesiones neurológicas tratables (hidrocefalia de presión normal, hematoma subdural crónico, tumores primarios o secundarios del sistema nervioso central).

1.3.2. Demencias no Reversibles. Prevenibles

Este tipo de demencias son producidas por lesiones estructurales en el parénquima cerebral y prevenibles a través del control de factores de riesgo (prevención primaria) o la utilización de medicinas antiagregante (prevención secundaria):

- a) Demencia postraumática (es consecuencia de traumatismo cerebral asociado a lesión parenquimatosa grave).
- b) Demencia por infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH; el virus invade el parénquima cerebral).

- c) Demencia vascular (están presentes lesiones estructurales de tipo vascular en el parénquima cerebral).

1.3.3. Demencias no Reversibles. No prevenibles - Demencias primarias

Este tipo de demencias se definen como incurables, aunque sea posible el tratamiento paliativo de sus síntomas. Su diagnóstico definitivo ocurre a través del estudio neuropatológico:

- a) Demencia fronto-temporal (afección predominante del lóbulo frontal y parte anterior del lóbulo temporal. Alteraciones del comportamiento y conducta social, alteraciones de la personalidad, del comportamiento alimentario, desinhibición, síndrome disejecutivo frontal, dificultades para planear, afasia no fluente).
- b) Demencia con cuerpos de Lewy - DCL (enfermedad progresiva, variabilidad en las funciones atencionales, vigilancia, alucinaciones visuales y parkinsonismo. Puede ocurrir pérdida transitoria de consciencia, delirios y sensibilidad a los neurolépticos; McKeith, Perry y Perry, 1999).
- c) Otras enfermedades extrapiramidales y demencia (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, parálisis supranuclear progresiva – PSP - degeneración cortico-basal – DCB. Son enfermedades del movimiento que, en niveles precoces, pueden presentar demencia).

- d) Enfermedad transmitida por priones (también conocida como encefalopatías espongiformes). Son enfermedades neurológicas comunes a varias especies de animales caracterizada por la existencia de un tipo particular de proteínas. En los humanos se define como Enfermedad Creutzfeldt-Jacob – ECJ).
- e) Enfermedad de Alzheimer – EA, ya que las diferencias entre EA y otras demencias degenerativas pueden ser complejas, se deben tener presentes sus características clínicas e histológicas (Touchon y Portet, 2002).

Recientemente, y a pesar de su consideración como no prevenibles, se ha demostrado que el riesgo de desarrollar demencia puede ser reducido con prácticas de un estilo de vida saludable (e.g., cuidados con la alimentación, ejercicio físico o no fumar; National Health Service, 2016).

Tabla 1: Tabla resumen. Clasificación de las demencias

Demencias reversibles	Demencias no reversibles	
	Prevenibles	No prevenibles
Enfermedades Endócrinas (tiroides, paratiroides, suprarrenal)	Demencia vascular	Enfermedad de Alzheimer
Déficits de vitaminas	Demencia postraumática	Demencia fronto-temporal (Demencia de Pick)
Infecciosas (Sífilis, Brucelosis, Borrelia, Meningitis tuberculosa)	Demencia por infección por VIH	Demencia con cuerpos de Lewy
Tóxicas (metales pesados, aluminio, cobre, alcohol)		Otras enfermedades extrapiramidales con demencia (enfermedad de Parkinson, degeneración cortico-basal. Enfermedad de Huntington)
Neoplasias (tumores primarios y secundarios del sistema nervioso central, síndromes paraneoplásicos)		Enfermedad por priones
Hidrocefalia de presión normal		
Hematoma subdural crónico		

Adaptado de Santana, I. (2005)

1.3.4. Subtipos de demencia y características

Enfermedad de Alzheimer (EA)

La EA es el tipo de demencia más frecuente que se presenta de manera insidiosa y progresiva (Alzheimer's Association, 2016). Se caracteriza por la aparición de múltiples déficits relacionados con el deterioro de la memoria, atención, lenguaje, razonamiento, funcionamiento visuoespacial, práxico y funcionamiento ejecutivo. A la vez, también aparecen cambios en la personalidad y del comportamiento que influyen negativamente, y de manera gradual, en la capacidad del sujeto para realizar, de forma adecuada y autónoma, las actividades de la vida diaria (AVD). Estas evidencias clínicas

son determinadas por alteraciones que ocurren en algunos sistemas de neurotransmisores (i.e., déficit de la actividad colinérgica), así como cambios neuropatológicos (i.e., placas seniles y ovillos) y la atrofia cerebral, más demarcada a nivel de la región parieto-temporal en las primeras fases (NINCDS-ADRDA; McKhann et al., 1984; Santana, 2005).

Demencia vascular

Este tipo de demencia se manifiesta de manera relativamente abrupta (Chui, 2007) y se considera el segundo tipo de demencia que más prevalece. En este tipo de demencia, existe una relación directa entre la enfermedad vascular (factores de riesgo, enfermedad cerebrovascular, hemorragias e infartos) y déficits cognitivos. Los déficits cognitivos suelen fluctuar y están presentes a menudo signos neurológicos focales: déficits en los campos visuales, alteraciones en la sensibilidad o motora (Santana, 2005). A nivel neuropsicológico, y respecto a la EA, es posible verificar la conservación relativa de la memoria a largo plazo y mayores déficits en las funciones ejecutivas en la demencia vascular (Sachedev y Looi, 2003). No obstante, la fluidez semántica está igualmente afectada en la demencia vascular y EA (Bentham, Jones y Hodges, 1997), mientras que la fluidez fonológica se encuentra más afectada en la demencia vascular (Canning, Leach, Stuss, Ngo y Black, 2004).

Demencia fronto-temporal

La demencia fronto-temporal (DFT) se caracteriza principalmente por alteraciones del comportamiento y conducta social, síndrome disejecutivo frontal y afasia no fluente. Los sujetos presentan alteraciones precoces y exuberantes del comportamiento (de la personalidad, desinhibición, cambios en el comportamiento

alimentar y social), estando la memoria y funciones visoespaciales relativamente preservadas hasta fases más avanzadas de la enfermedad. De este grupo de enfermedades, la más conocida es la enfermedad de Pick (demencia progresiva que surge a partir de la mediana edad, evoluciona lentamente con cambios de personalidad y deterioro social, de la inteligencia, memoria y lenguaje; existe apatía, euforia y, casualmente, fenómenos extrapiramidales – OMS, 2015). Desde el punto de vista neuropatológico, aparece atrofia de los lóbulos fronto-temporales acompañada de cuerpos de Pick¹. En casi todos los casos de DFT, existe una degeneración neuronal selectiva en la zona frontal y depósitos de proteína tau (Santana, 2005).

Demencia con cuerpos de Lewy

McKeith (2002) define la demencia con cuerpos de Lewy², de inicio insidioso y progresión gradual, a partir de la presencia de alteraciones de la marcha y del equilibrio, pensamientos delirantes de inicio temprano, prominentes alucinaciones visuales, hipersensibilidad a los neurolépticos y oscilaciones en el estado de alerta. Es una enfermedad con características comunes a la enfermedad de Parkinson (i.e., parkinsonismo) con una fluctuación temporal de los síntomas cognitivos asociada a un evidente déficit de atención (Santana, 2005).

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson (EP) es considerada una enfermedad neurodegenerativa del movimiento asociada con la presencia de alteraciones cognitivas y demencia. Su prevalencia aumenta con la edad y la coocurrencia de depresión es alta

¹ Cuerpos de Pick – forma anormal de las proteínas tau en las neuronas (Bang, Spina y Miller, 2015).

² Cuerpos de Lewy – estructuras proteicas anormales (en forma de globo) presente en las neuronas (NINCDS-ADRDA; McKhann et al., 1984).

(Larner, 2008). En esta enfermedad aún no se han demostrado las características clínicas distintivas particulares, aunque la demencia se desarrolla de manera frecuente en el curso de la enfermedad de Parkinson (OMS, 2015). Los datos apuntan que al menos 75% de las personas con enfermedad de Parkinson pueden desarrollar demencia (APA, 2013).

Enfermedad de Huntington

Es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, también conocida como Corea de Huntington, que cursa con demencia, con inicio insidioso y progresión gradual. Esta enfermedad cursa con trastorno del movimiento y un deterioro progresivo y gradual de las funciones cognitivas, del comportamiento y de las habilidades funcionales (véase Larner, 2008). Los síntomas se manifiestan, generalmente, entre los treinta y los cuarenta años, estimándose una muerte entre los 10-15 años (OMS, 2015).

1.4. Los costes de la demencia para sus cuidadores

Los cuidadores familiares reconocen la existencia de dificultades económicas a lo largo de los cuidados prestados (Oliva y Osuna, 2009). Los costes con la demencia varían según su evolución, pudiendo triplicarse en los estados avanzados de demencia (Turro-Garriga et al., 2010). En fases tempranas de demencia, 70% de los gastos derivan de cuidados no sanitarios (e.g., cuidados prestados por familiares en su entorno familiar), mientras que en fases avanzadas incrementan los gastos como la institucionalización (Zhu y Sano, 2006). Es la familia quien cubre alrededor del 87% del coste total de los cuidados, siendo el 13% pago por organismos públicos (Coduras et al., 2010). En 2010, se ha verificado que los costes suportados por los cuidadores familiares de personas mayores con EA eran de 6.364,8 €/año, con un incremento anual de 29%

(1.846,8 €/año). Este incremento se asoció a la discapacidad física, cognitiva, edad del paciente y existencia de un solo cuidador (Turro-Garriga et al., 2010). Otros datos aportan que en España, en el año de 2015, los gastos mensuales del cuidador familiar con el mayor que padece de demencia fue de 1737euros (Neuroalianza, 2016).

2. EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA

2.1. Introducción

La función de cuidar a alguien surge, muchas veces, de manera inesperada o no planeada y puede desarrollarse de diferentes maneras (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003). Para Bowers (1987), los cuidados se dividen en cinco categorías: anticipatorios (conductas o decisiones basadas en las necesidades anticipadas del enfermo); preventivos (monitorización y supervisión que permiten la prevención de la enfermedad); supervisión (tareas que impliquen la supervisión del mayor); instrumentales (mantener la salud y el bien-estar físico del enfermo); y protectores (proteger a la persona cuidada). Los cuidados informales pueden ser influenciados por distintos factores, como las características de la persona mayor, las habilidades del cuidador y la valoración que hace de los cuidados (Aneshensel, Pearlin, Mulan, Zarit y Whittlatch, 1995).

El contexto familiar es un espacio doméstico que ayuda a la promoción de la autonomía y de la salud de sus elementos (Wright y Bell, 2004). Se supone la familia como el ambiente más importante de apoyo y asistencia a la mayoría de las personas mayores cuando padecen, por ejemplo, de enfermedad crónica o dependencia (Willgerodot y Killien, 2004). Así, la familia necesita utilizar un conjunto de mecanismos o recursos para mantenerse estable, que se adquieren a través de la capacidad de adaptación, reestructuración familiar, ajuste de los papeles familiares y/o a través de recursos externos (Friedman, Bowden y Jones, 2003). En el caso contrario, cuando la familia no tiene capacidad para responder a acontecimientos estresantes, el sistema familiar deja de funcionar normalmente afectando a todos los elementos (Úbeda, 1995), ya que la familia es un sistema abierto, caracterizado por las relaciones

dinámicas y flexibles en constantes cambios (Friedman, Bowden y Jones, 2003), que influye en la manera de cuidar (Aneshensel et al., 1995).

Estos cambios que ocurren en las familias pueden ser de tipo normativo o no normativo (Richards y Lilly, 2001). Los cambios de tipo normativo son las alteraciones esperadas (por ejemplo, nacimiento de un hijo), en las cuales también pueden surgir situaciones de crisis. Los cambios no normativos no son previsibles y no permiten a la familia prepararse o planear sus opciones (e.g., muerte o diagnóstico de enfermedad grave). El surgimiento de una enfermedad crónica suele originar una crisis en la familia debido a las tensiones y exigencias relacionadas con la adaptación a la nueva situación. La presencia del estrés es común durante estas situaciones. Al diferencia de las enfermedades crónicas, las enfermedades agudas solo implican cambios temporales en el funcionamiento de la familia y suelen ser más fáciles de gestionar (Roth, 1996). Cuando una familia tiene capacidades o desarrolla las competencias de cuidar, puede disminuir los riesgos asociados al cuidado y el estrés del cuidador (Hurley et al., 2004). Los conocimientos y habilidades ayudarán a la familia a desarrollar mejor sus funciones y a adaptarse a los cambios que ocurren en los momentos de crisis (Roca y Úbeda, 2000).

De acuerdo con Sequeira (2007), los cuidadores familiares tienen un conjunto de tareas a su cargo relacionadas con las necesidades de la persona mayor. Los cuidados que prestan son orientados a la superación de un conjunto de necesidades: vigilancia de su estado de salud, llevar la persona a los servicios de salud cuando lo necesite, posibilitar su independencia y autonomía, proporcionarle un entorno seguro dentro y fuera de casa, prevenir accidentes u otros riesgos, ayudarle a mantener horas para

dormir, implicar su participación en la familia, estimular su comunicación y socialización con los demás e implicarle en actividades físicas o de ocio, hacer la supervisión y/o ayuda en las AVD y prestar los cuidados según las orientaciones de los profesionales especializados. Para que los cuidadores familiares realicen buen trabajo, las personas cuidadas también deben aceptar la intervención de equipos de profesionales de salud. Estos equipos les permitirán dar a conocer su estado de salud, evaluar sus habilidades para cuidar, aprender estrategias, recibir información y formación para que cuiden mejor a sus ancianos (Hall, 2002; Sequeira, 2007).

Sufrir de demencia no afecta sólo al enfermo, sino también a su cuidador y/o familiares que asisten al deterioro progresivo de sus funciones cognitivas, emocionales, psicológicas y físicas. Es difícil para ellos afrontar la evolución de la enfermedad aunque entiendan la gravedad de la misma (Sequeira, 2007). Cuidar mayores con demencia es una tarea exigente debido a la presencia de problemas conductuales, la necesidad de supervisión constante y progresiva en demandas, y la baja capacidad de los mayores para mostrar su gratitud a los cuidadores (Pinquart y Sorensen, 2003). En general, los cuidadores de personas con demencia necesitan de más tiempo para prestar los cuidados, más esfuerzo físico, psicológico y emocional. Los efectos de los cuidados afectan a su vida profesional, social y pueden acarrear problemas físicos y psíquicos (Ory, Hoffman, Yee, Tennsted y Schulz, 1999).

La intensidad de las consecuencias negativas del cuidado depende de un conjunto de características que implican tanto al cuidador, como a la persona cuidada y el entorno donde se prestan los cuidados (Brito, 2002). A menudo, ser cuidador tiene un impacto negativo en las tareas y experiencias diarias (Wallsten y Snyder, 1990), además

de su relación con mayores niveles de ansiedad y hostilidad en ellos (Schulz, Visitanier y Williamson, 1990). No obstante, muchos de ellos consideran a los cuidados como una ampliación de sus relaciones personales y familiares con la persona a quién cuidan, sin considerarse como personas con una función de cuidador (Neno, 2004b).

No todos los cuidadores tienen un afrontamiento negativo del cuidado, de modo que también pueden desarrollar sentimientos de deber cumplido o reciprocidad (Paquet, 1995). El cuidado puede ser un motivo de gratificación y el cuidador sentirse bien por saber que el mayor recibe buenos cuidados, están juntos, se siente capaz de cuidarle, se siente estimado y reconocido familiar y socialmente por sus funciones (Habermann y Davis, 2005).

2.2. El cuidador de la persona con demencia: características principales

Los cuidados pueden hacerse por cuidadores formales o por cuidadores informales igualmente conocidos por familiares. Los cuidadores formales son los profesionales de salud, con formación académica especializada y que, de acuerdo con su profesión, ejercen formalmente sus cuidados a los demás, mientras que los cuidadores informales son familiares o amigos que aseguran la mayor parte de los cuidados en el contexto familiar de la persona cuidada (Schulz y Quittner, 1998). En el contexto familiar, cuando es necesario cuidar a alguien, en primera instancia la responsabilidad recae generalmente sobre el cónyuge y después sobre los hijos. Cuando ninguno de estos agentes está presente, esa responsabilidad puede ser tomada por otros miembros de la familia y/o vecinos (Shanas, 1979). Estos cuidadores no reciben sueldo o remuneración económica por su actividad, siendo el cuidador principal es el que asume más tiempo y responsabilidad en los cuidados (Nieto-Carrero, 2002). El cuidador secundario, normalmente al cónyuge o hijo(a) del cuidador principal, supone un

suplemento a los cuidados prestados por el cuidador principal. Si los cuidadores (primario y secundario) cohabitan en una misma casa, esto puede definir el tipo y la cantidad de ayudas prestadas por el cuidador secundario (Penroad, Kane, Kane y Finch, 1995). Los cuidadores secundarios tienen menor responsabilidad, están menos involucrados en los cuidados y su poder de decisión es menor relativamente al cuidador principal, pero sus contribuciones ayudan a satisfacer mejor las necesidades de la persona cuidada (Rapp, Shumaker, Schmidt, Naughton y Anderson, 1998). Finalmente, la participación de personas amigas en los cuidados tiene que ver más con la colaboración y apoyo en pequeñas tareas, de modo puntual, que sirven de apoyo físico y/o social (Cuesta, 2004).

Existe un conjunto de factores que pueden influir en la relación entre cuidador y persona cuidada. Estos factores son, por ejemplo, el género, la edad, el estado civil, la escolaridad, la profesión y la salud (Erickson, 2005; Neno, 2004a; Orodénker, 1990; Pinquart y Sorensen, 2003; Riedel, Fredman y Langenberg, 1998; Walker, Martin, Sally y Jones, 1992).

2.2.1. Variables sociodemográficas

Edad

La edad es un factor que influye en el impacto del cuidado. El estudio de Walker et al. (1992) ha comprobado que cuando las cuidadoras son jóvenes e hijas sufren más síntomas de ansiedad. Los cuidadores jóvenes experimentan más sobrecarga (Hughes, Giobbie-Hurder, Weaver, Kubal y Henderson, 1999) y tienen más dificultades en los cuidados cuando comparados con cuidadores de más edad (King y Semik, 2006). Sin embargo, estos últimos, presentan mayor riesgo de morbilidad (McGarry y Arthur,

2001), peor estado de salud, cambios de humor (Lage, 2005) y dificultades en tareas de carácter físico (Brito, 2002). Los cuidadores de más edad, tendencialmente, presentan niveles más bajos de salud física, psicológica, menos recursos económicos, menos actividades que les ayuden a afrontar el estrés y existe una menor propensión a beneficiarse de los apoyos formales (Pinquart y Sorensen, 2003).

Género

En la actualidad, los cuidados son prestados generalmente por las mujeres (Erickson, 2005; Neno, 2004a) y se asimilan dentro de su rol de cónyuge o ama de casa (Erickson, 2005). En el caso de los hombres, se centran más a resolver situaciones que exijan toma de decisiones, apoyo personal y tareas de transporte o asuntos económicos. Por el contrario, las mujeres tienden a prestar más cuidados de apoyo emocional y de apoyo a las AVD (Yee y Schulz, 2000). El sexo femenino suele asumir funciones de cuidador principal, mientras que los hombres tienen un papel secundario, reciben menos ayudas en los cuidados prestados al mayor y sufren mayor presión social para aceptar la función de cuidador. Las mujeres tienden a cuidar durante más tiempo y suelen disponer de menos recursos de afrontamiento ante el estrés como, por ejemplo, *locus* de control interno (Pinquart y Sorensen, 2003). En relación a la sobrecarga, el sexo femenino presenta mayor sobrecarga, objetiva y subjetiva (Farran, 2004), tiende a presentar más ansiedad (Yee y Schulz, 2000), depresión (O'Neil y Morroow, 2001; Suen y Morris, 2006) y menos momentos de satisfacción que los hombres (Dorfman, 1995). Por otro lado, el estudio de Conde-Sala, Garre-Olmo, Turró-Garriga, Vilalta-Franch y López-Pousa (2010) demostró que cuando los hijos cuidan a una persona con demencia, estos presentan más sentimientos de culpa y, al vivir con el paciente, mayor sobrecarga y peor salud mental comparativamente a las hijas o cónyuges.

Estado civil

De un modo general, las mujeres casadas asumen el papel de cuidar, se responsabilizan por tareas más pesadas y ofrecen más tiempo al cuidado de la familia y hogar (Rivera, Dávila y Gonzales, 2011). Los cónyuges presentan niveles elevados de estrés, mayor probabilidad de sufrir problemas de salud, tienen más sobrecarga que otros cuidadores y pueden tener pocas actividades sociales que les ayuden a afrontar el estrés del cuidado (Pinquart y Sorensen, 2003). La pareja presenta más sobrecarga en los cuidados que los hijos que cuidan a sus padres con enfermedad (Rivera et al., 2011) porque los hijos asumen la tarea de cuidar a su padre como una condición normal (Córdoba, Latorre y Mariño, 2012).

Escolaridad

La alta escolaridad puede predecir más calidad de vida ante los cuidados (Lage, 2005), facilitar las relaciones personales (Brito, 2002) y/o ayudar a reconocer los aspectos positivos y la satisfacción del cuidado (Martins, 2006). Por otro lado, los cuidadores con más estudios, generalmente más jóvenes, sienten más dificultades en el área social cuando se comparan a cuidadores con menos estudios. También sufren más niveles de sobrecarga en los cuidados pero, por otro lado, sienten reconocimiento por el cuidado que proveen (Riedel et al., 1998).

Profesión

Un cuidador que tenga actividad profesional dispone de menos tiempo para el cuidado en comparación al cuidador que no trabaja fuera de casa. Esta situación puede llevar al cuidador a vivenciar momentos de estrés (Orodenker, 1990) y dificultades al desempeñar diferentes roles (King y Semik, 2006). Por otro lado, ejercer varias

funciones de manera simultánea puede ayudar a que el cuidado no tenga un impacto tan negativo para el cuidador y afecte positivamente su autoestima, conlleve a una mayor estabilidad económica (Orodenker, 1990) y modere los efectos del estrés causados por los cuidados (Martire, Stephens y Atienza, 1997).

2.2.2. La sobrecarga en los cuidados

Se entiende la sobrecarga como el impacto que tareas de cuidado producen en el cuidador a nivel de salud (física y mental), relaciones familiares, cuestiones financieras y trabajo, o sea, son las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de los cuidados a los dependientes (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990). Para Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980), la sobrecarga se define como un estado que resulta del cuidado dirigido a una persona mayor o dependiente y que funciona como amenaza a la salud del cuidador a nivel mental y físico. Esta sobrecarga puede ser una reacción biopsicosocial de los cuidadores resultante de la oscilación existente entre las exigencias de los cuidados y los recursos disponibles para afrontarlos (Given y Given, 1991). Sin embargo, la experiencia de sobrecarga depende de la percepción del individuo ya que, en iguales escenarios, una situación de cuidado puede ser difícil para un cuidador pero no para otro (Poulshoc y Deimling, 1984); esto depende, en buena medida, de su capacidad para adaptarse a los estresores presentes en la situación, aunque puedan existir fluctuaciones en la adaptación a lo largo del tiempo de cuidado (Lyons, Zarit, Sayer y Whitlatch, 2002).

La sobrecarga puede ser de tipo objetiva y subjetiva. La objetiva es la que se relaciona con la exigencia de los cuidados, considerando la fase de la enfermedad de la persona a ser cuidada (e.g., nivel de dependencia) y las consecuencias para las diversas

áreas de la vida del cuidador: familiar, profesional, social y económica. La sobrecarga subjetiva se refiere a la percepción que el cuidador tiene sobre las exigencias de los cuidados prestados al enfermo. La sobrecarga subjetiva se constata en los cambios psicológicos y en el sufrimiento que conlleva a consecuencias para la salud de los cuidadores y se relaciona con las estrategias de afrontamiento que utilizan (Brito, 2002).

Cuidar de una persona con demencia puede desencadenar a su cuidador gran sobrecarga física, emocional, social y/o financiera (Ory et al., 1999; Pinquart y Sörensen, 2003). Cuando existe sobrecarga, el cuidador puede aumentar su vulnerabilidad psicológica y física (riesgo de presentar varios trastornos psíquicos y físicos), su control emocional y su autoestima disminuyen. Otras consecuencias de la sobrecarga pueden ser las restricciones que ocurren desde el punto de vista de la vida social y de ocio del cuidador, la invasión de la privacidad y el conflicto de papeles (Stone, Cafferata y Sangl, 1987). La dependencia de los enfermos causa pérdida de autonomía de los cuidadores, lo que conlleva a los cuidadores a descuidar sus necesidades básicas (Braitwhaite, 1992). La sobrecarga experimentada por los cuidadores se ha relacionado con los malos tratos o cuidados inadecuados, como manera de desahogo (Rueda-Estrada, 2008).

El proceso de la prestación de cuidados es algo complejo, ya que la manera como cada sujeto reacciona a su papel de cuidador depende de un conjunto de recursos, concretamente los recursos intrínsecos y los recursos extrínsecos que ayudan a enfrentar la situación de crisis, permitiendo resolverla positivamente y actuando como mediadores (Martins, Ribeiro y Garrett, 2003). A los recursos intrínsecos corresponden las competencias personales, la experiencia de vida y la capacidad reflexiva. A los

recursos extrínsecos pertenecen las condiciones económicas, de habitabilidad y las redes sociales de apoyo (formales o informales). Los cuidados a la persona con demencia van a depender no solo de las características de los cuidadores o de la persona a ser cuidada, sino también del contexto familiar, de las redes sociales de apoyo, de las creencias y de la manera como el cuidador va a percibir estos factores (Brito, 2002).

2.3. Aspectos positivos del cuidado

Aunque existan situaciones o factores relacionados con la sobrecarga y que pueden contribuir al maltrato de la persona con demencia, otros factores podrían ayudar a mitigar la misma y las consecuencias negativas asociadas al proceso del cuidado (Eicher y Batshaw, 1993). A pesar del impacto negativo asociado al cuidado llevar a situaciones de estrés, consideradas por Pearlin et al. (1990) como problemáticas y difíciles para el cuidador hay, por otra parte, personas que viven efectos positivos durante el cuidado a la persona mayor dependiente. Características basadas en la personalidad o disposicionales del cuidador (e.g., resiliencia, autoeficacia, autoestima, etc.) o las específicas del contexto de cuidado (e.g., apoyo social, relaciones establecidas, tiempo de cuidado, etc.), influyen en el impacto de la situación de estrés, disminuyendo su efecto y ayudan a afrontar estas situaciones (Eicher y Batshaw, 1993). Por ejemplo, cuanto mayor la expectativa de autoeficacia, mejor es la salud, la realización y su integración social (Bandura, 1997). La autoeficacia puede ayudar a comprender mejor la información y apoyos que debe utilizar ante situaciones de cuidado (Nieto-Carrero, 2002). Así, su capacidad para adaptarse a la función de cuidador puede mejorar a la medida que incrementa el tiempo dedicado al cuidado (Gaugler, Kane, Kane, Clay y Newcomer, 2005) y las buenas relaciones, entre la persona que recibe los

cuidados y el cuidador, tienden a disminuir los síntomas depresivos del prestador de cuidados (Chang, Noonan y Tennstedt, 1998).

2.3.1. La resiliencia

La resiliencia se caracteriza como un proceso dinámico y cambiante presente en situaciones exigentes (Kalawski y Haz, 2003) y está presente en situaciones adversas que pueden producir consecuencias negativas a la persona o grupo de personas (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Obradovic, 2006). Cuando el sujeto es resiliente muestra capacidades para sobreponerse a las adversidades de manera competente (Werner y Smith, 1982), utilizando sus esfuerzos para superar los obstáculos (Cyrulnik, 2003) y recurriendo a estrategias de afrontamiento para mejor resolver ese tipo de situaciones (Kavsek y Seiffge-Krenke, 1996). Es considerada como una capacidad adaptativa del cuidador para actuar ante situaciones desfavorables y se relaciona con diferentes factores: 1) baja resiliencia se relaciona con mayor tensión del cuidador, los sentimientos de estigmatización, la dependencia de la persona a cuidar o la desintegración familiar; 2) alta resiliencia se relaciona con mayor bienestar psicológico (Gitlin, 2001), control personal (Atienza, Collins y King, 2001), autoeficacia (Gilliam y Steffen, 2006) o resistencia (DiBartolo, 2002).

Aunque existan múltiples variables relacionadas con la resiliencia en los cuidadores, Gaugler, Kane y Newcomer (2007) identifican tres tipos de variables que interactúan con la resiliencia: a) el contexto sociodemográfico del cuidado (edad, relaciones familiares, raza, género y condición socioeconómica del cuidador); b) situación del anciano (necesidades, horas de cuidado y alteración cognitiva); y c) recursos individuales, familiares y comunitarios (recursos intrapsíquicos, funciones del

cuidador, apoyo secundario y servicios en la comunidad). Cuando la resiliencia está presente en las familias, ésta les permite actuar de manera positiva ante las situaciones adversas (Hawley y De Haan, 1996). Las conductas positivas y sus habilidades funcionales permiten recuperarse ante situaciones adversas o de estrés, posibilitando restituir el bienestar de los miembros de la familia (McCubbin, Balling, Possin, Frierdich y Bryne, 2002). Así, la resiliencia familiar facilita el restablecimiento del equilibrio que pasa a ser compatible con una adaptación de un suceso frente al estrés (Luthar et al., 2000; Rutter, 2007). De acuerdo con el modelo FAAR (respuesta familiar de ajuste y adaptación), esto se denomina procesos de recuperación o poder regenerativo (McCubbin y Patterson, 1983).

En la perspectiva de Walsh (2003; 2007), existen otros procesos en la base de la resiliencia de la familia. Estos procesos de resiliencia familiar tienen en consideración los sistemas de creencias de la familia, los patrones organizacionales y la comunicación y resolución de problemas en la familia. El sistema de creencias compartido en la familia, permite darles orientaciones para promover su crecimiento y recuperación. Este proceso ocurre al contextualizar y normalizar el estrés y la adversidad, lo cual origina un sentido de coherencia que permite afrontar la crisis como algo manejable. Los patrones organizacionales funcionan como atenuantes de las conmociones de la familia. La crisis consigue desestructurar el funcionamiento de la familia, en este sentido, la dinámica familiar debe ser flexible para permitir el cambio y reorganizar los papeles y posiciones de cada elemento del sistema familiar y así solucionar o adaptarse a los desafíos. Walsh (2003; 2007) llama conexión familiar a la habilidad que la familia tiene para reorganizarse tras la crisis.

Desde el punto de vista del funcionamiento cerebral, científicos apuntan a que la regulación emocional, la empatía o el altruismo son características psicobiológicas fundamentales en el comportamiento social adaptativo y de resiliencia (Feder, Nestler y Charney, 2009), siendo los circuitos neuronales implicados en las respuestas psicobiológicas de adaptación al estrés y situaciones adversas, la amígdala, la corteza prefrontal y el núcleo *accumbens* (Cusi, Nazarov, Holshausen, Macqueen y McKinnon, 2012; Kim et al., 2011b; Morishima, Schunk, Bruhin, Ruff y Fehr, 2012).

2.3.2. El apoyo social

El apoyo social es una variable que fortalece la autoestima del cuidador y posibilita que los acontecimientos que causan estrés pueden ser resueltos (Clipp y George, 1990). Ante las situaciones de estrés, el apoyo social puede producir un efecto amortiguador del mismo, y ante las situaciones no estresantes el apoyo social puede tener más efectos positivos en las conductas y en el bienestar de las personas (Sarason, Sarason y Pierce, 1994b). El apoyo social se define como el recurso disponible en una red de amigos o conocidos, que permite ayudar a confrontar los problemas diarios u otras situaciones más graves y a integrar el sujeto en su comunidad y en la sociedad. Así, el apoyo social podrá beneficiar la salud, la felicidad y la longevidad de la persona apoyada (Walker et al., 1994).

Tardy (1985), defiende que el apoyo social es constituido por cinco elementos básicos: dirección del apoyo social, disposición (a qué apoyo si tiene acceso y qué apoyo alguien ha utilizado), evaluación/descripción del apoyo social, contenido (1. apoyo emocional – confianza, amor y empatía; 2. apoyo instrumental – dinero y tiempo; 3. apoyo informativo – información o asesoramiento en un área específico; 4. apoyo de

evaluación – *feedback* evaluativo a los sujetos sobre el apoyo) y red (fuentes o elementos de la red de apoyo del sujeto: familia, amigos, vecinos, compañeros, profesionales o comunidad).

Por otro lado, Vaux (1988) ha identificado que el apoyo social presenta solo tres componentes: red de apoyo social (subconjunto de una gran red social donde se puede obtener ayuda, cuyos recursos son estables del punto de vista del tamaño y composición), conductas de apoyo (esfuerzos intencionales para auxiliar los demás) y evaluaciones de apoyo (evaluaciones sobre los recursos y conductas de apoyo y que ayudan a comprender como se han cumplido las funciones de apoyo). Este autor apunta, igualmente, que factores del contexto social (e.g., roles sociales, factores de estrés de la red, la familia o la vulnerabilidad de la red) median el efecto del apoyo social. Por ejemplo, factores de estrés pueden disminuir los efectos positivos del apoyo social ante la eliminación de miembros de la red social o cuando las relaciones de apoyo se desactivan. No obstante, el mismo autor defiende que los factores de estrés también permiten movilizar nuevos recursos de apoyo social para afrontar nuevas situaciones.

Según la perspectiva de Sarason, Sarason y Pierce (1994b), el modelo de apoyo social se basa en el apoyo social recibido, percibido y medidas de red. El apoyo social recibido es el apoyo que las personas obtienen de los demás. El apoyo percibido, se refiere a la creencia de la persona de que algún apoyo social está disponible si es necesario. Las medidas de red refieren la integración social individual en la sociedad (estructura de la red y la calidad de las relaciones). Se consideran redes formales cuando el apoyo es proporcionado por equipos de salud, sociales o municipales, e informales

cuando suministrado por familiares o no familiares (amigos, grupos de la comunidad o vecinos; Creutzberg y Santos, 2000).

El apoyo social debe ser un proceso recíproco que permita efectos positivos tanto a quien recibe como a quien da el apoyo (Vala, 1999). Esta relación puede crear vínculos afectivos que permitan que el apoyo ocurra a nivel de: contactos presenciales entre las personas, apoyo por teléfono, soporte emocional o ayuda financiera (Walker et al., 1994). Estos factores pueden evitar la institucionalización del mayor y ayudar a prevenir situaciones de crisis (Bunge, 2003) que conllevan, por ejemplo, a los malos tratos a la persona dependiente con demencia (Cooper et al., 2010a). Incluso, los mayores se sienten más satisfechos cuando el apoyo que reciben viene por parte de su familia en relación a los cuidados recibidos en las instituciones (Vallespir y Morey, 2007), ya que la familia es el espacio básico de protección que crea, previene, refuerza o compensa sus dificultades y desarrolla sus habilidades y potencialidades (Martín-García, 2003).

De hecho, el apoyo social puede potenciar la autonomía personal y funcional de la persona, su autoestima y calidad de vida a través de: a) auxilios en el domicilio (e.g., limpieza del hogar o compra de alimentos); b) teleasistencia domiciliaria para proporcionar seguridad y evitar el aislamiento del usuario (e.g., unidades móviles que pueden trasladarse al domicilio en caso de necesidad); c) lavandería domiciliaria cuando no existe una lavadora en casa; d) tratamiento psicosocial basado en la atención técnico-profesional (e.g., apoyo en la resolución de situaciones conflictivas, desarrollar capacidades que mejoren las relaciones convivenciales, promover hábitos convivenciales, implementar técnicas que promuevan la afectividad y la convivencia o

tratar situaciones de absentismo); e) compañía y movilidad (a través del voluntariado social a domicilio se facilita el acompañamiento en el hogar, se ayuda a gestionar los recursos, se promueven visitas a familiares, se implementan actividades creativas y culturales, se ayudan a trasladar las personas para participar en actividades en su comunidad, etc.); f) Ayudas técnicas en el hogar (e.g., camas articuladas que faciliten los cambios posturales, el aseo, la ingesta de alimentos o impidan lesiones a los cuidadores); g) Adaptación geriátrica del hogar (realización de obras de adaptación que faciliten la movilidad en el hogar); h) posibilitar ingresos económicos adecuados según las necesidades o promover la cobertura sanitaria adecuada (Martín-García, 2003).

3. LOS MALOS TRATOS

3.1. El maltrato en los ancianos: definición y subtipos

El maltrato es el acto único o repetido, o ausencia de una conducta adecuada, que puede causar daño, sufrimiento y angustia al paciente, que ocurre en una relación donde existe confianza y que puede conllevar a lesiones físicas y consecuencias psicológicas (OMS, 2014). Estos actos son intencionales, cuando no causan daño representan un riesgo de daño (Bonnie y Wallace, 2003) y se caracterizan como un problema social que surge de interacciones interpersonales vividas en un contexto específico (Stevens, Biggs, Dixon, Tinker y Manthorpe, 2013). La familia puede considerarse un contexto paradójico (e.g., amor-odio), que puede conducir a la presencia de malos tratos de manera frecuente (Lourenço, Lisboa y Pais, 1997). En sus interacciones, cuando el sujeto actúa o comete omisiones que provocan daños de tipo físico, psicológico o sexual, sin consentimiento de la víctima o con consentimiento engañoso, comete maltrato (Costa, Pimenta, Brigas, Santos y Almeida, 2009).

El maltrato a las personas mayores se considera como: acciones (lo que se hace), omisiones (lo que no se hace) o negligencia (se hace inadecuadamente), que no son accidentales y que no permiten a las personas mayores de 65 años obtener sus derechos y su bienestar. Representa una amenaza, potenciando la vulnerabilidad de las personas a nivel físico, psíquico, social y a nivel de su autonomía de vida. Los malos tratos pueden ser realizados por la sociedad, instituciones u otros (e.g., familiares) (Sánchez y Díaz, 2009). El maltrato se considera como la falta de protección o la desatención ante las necesidades básicas de los mayores (Bonnie y Wallace, 2003).

3.1.1. Maltrato físico

El maltrato físico se refiere a la agresión o actos físicos que tienen intencionalidad sobre la víctima y pueden producir daños, desfiguración o incluso la muerte. Las lesiones provocadas pueden ser de dos tipos: agudas o subclínicas. Las lesiones agudas son, por ejemplo, heridas abiertas, contusiones en las muñecas y hombros, quemaduras, golpes, mordeduras, fracturas múltiples, rotura de tímpano, cortes, etc. A las lesiones subclínicas pertenecen las quejas somáticas (e.g., cefaleas, palpitaciones, dolor crónico, consumo excesivo de medicamentos) o las quejas psicológicas (ansiedad, insomnio o depresión; Rueda-Estrada, 2008). Como signos primordiales de maltrato físico, destacamos: ojos morados, manchas en la piel, cambios conductuales del mayor, quemaduras, fracturas, administración de fármacos o tóxicos de manera abusiva o inframedicación, entre otros aspectos (Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006; Hirsch, Stratton y Loewy, 1999).

3.1.2. Maltrato psicológico

El maltrato psicológico puede ocurrir a través de manipulación, intimidación, amenazas, privación del poder de decisión, chantaje afectivo, humillaciones, desprecio, aislamiento y marginalización (Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006; Hirsch et al., 1999; Rueda-Estrada, 2008). El maltrato psicológico pueden darse a través de: a) actos verbales - amenazas de daño físico, de institucionalización o agresiones verbales (e.g., insultos); b) actos no verbales - silencio, ignorancia e indiferencia ante la persona mayor o aislamiento social; c) manipulación (ocultamiento de la información, falsificación de documentos o de información, privación emocional injustificada, intromisión en las decisiones), intimidación, chantaje y violación de sus derechos. Estas situaciones pueden traer como consecuencias (Claussen y Crittenden, 1991; Rueda-

Estrada, 2008): sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, somatización, aceleración del proceso de demencia, miedo, angustia, ideación suicida, sentimientos de desamparo y desprotección, baja autoestima, pasividad y aislamiento de la víctima, labilidad emocional, insomnio, trastorno del control de esfínteres, llanto, conductas desordenadas (antisocial, autodestructiva o heterodestructiva), rasgos neuróticos (trastornos del sueño, del habla, inhibición del placer), reacciones psicóticas o neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría), hábitos disfuncionales (chupar, morder, balancearse), entre otras.

3.1.3. Maltrato económico

Este tipo de maltrato ocurre cuando terceras personas se quedan con los bienes de la persona mayor sin su autorización o cuando esa autorización es manipulada o viciada. Este tipo de maltrato se puede ver en situaciones de falsificación de la firma del mayor, el uso ilegal de sus propiedades, el engaño o fraude de manera a que el maltratador se queda con los beneficios, impidiendo la utilización y control del propietario sobre su dinero (Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006; Hirsch et al., 1999; Rueda-Estrada, 2008). Contribuyen a este tipo de maltrato las situaciones de aislamiento, dependencia, sometimiento o el miedo a la pérdida. Hay varios indicadores que pueden ayudar a sospechar de este tipo de maltrato, por ejemplo: cambios inesperados en las cuentas del banco, cambios en el testamento u otros documentos, transferencia de bienes, desaparición de fondos, patrimonio u otros recursos del mayor sin su consentimiento (Rueda-Estrada, 2008).

3.1.4. Maltrato sexual

Se considera maltrato sexual tanto los actos que implican gestos, exhibicionismo, intenciones, como el contacto íntimo o acción sexual, deseada o efectuada, sin autorización de la persona a quien se lo hace. La persona con demencia no suele tener las competencias emocionales o cognitivas para evaluar o autorizar los actos que compensan solamente el maltratador (APA, 2013; Santoro, 2002). Las hemorragias, hematomas en la zona genital, las infecciones o enfermedades por transmisión sexual, dolores genitales, manchas de sangre en la ropa o ropa rasgada, son signos importantes de posible maltrato sexual. Normalmente, son actos que implican violencia física, amenazas y mentiras (Rueda-Estrada, 2008).

3.1.5. Maltrato por negligencia

El maltrato por negligencia hace referencia a la ausencia de cuidados básicos a la persona que es vulnerable y que son necesarios en su vida diaria (Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006; Hirsch et al., 1999; Rueda-Estrada, 2008). El maltrato por negligencia puede ser de tipo activo o pasivo. Se trata de negligencia activa cuando el cuidador no asegura, de manera intencional y consciente, las necesidades y los cuidados básicos, y negligencia pasiva cuando se hace de una manera no intencional. La negligencia pasiva puede ser consecuencia de la falta de habilidades o incompetencia por parte del cuidador (Terra y Dornelles, 2003).

En el maltrato por negligencia, los signos que pueden manifestarse son: desnutrición, deshidratación, falta de higiene, ausencia de cuidados de salud, úlceras por presión, malas condiciones de la vivienda (camas manchadas, suciedad, ropa inadecuada), deterioro progresivo de la salud sin causa evidente, falta del cumplimiento

terapéutico y existencia de barreras arquitectónicas en el domicilio (Rueda-Estrada, 2008). Este tipo de maltrato se suele dar en situaciones en que una de las personas de la pareja es extremadamente dependiente del otro para la realización de las AVD o para sus cuidados (APA, 2013).

3.2. Prevalencia e incidencia del maltrato

El maltrato a las personas mayores comienza a detectarse desde mediados de los años setenta y está presente en todas las sociedades (Oh, Kim, Martins y Kim, 2006). La OMS (2016) indica que la prevalencia de los malos tratos en los países de medios y altos ingresos es de entre 0,2% y 4,9% para el maltrato físico, 0,7% y 6,3% para el maltrato psicológico, 0,04% y 0,82% para el maltrato sexual, 1% y 9,2% para el maltrato económico y 0,2 y 5,5% para la negligencia. En los países en desarrollo, se estima que una de cada diez personas mayores sufre malos tratos cada mes. No obstante, las tasas de prevalencia pueden ser subestimadas debido a factores como el miedo de denunciar el maltrato (OMS, 2016), a la falta de una definición universal y discrepancias en los objetivos y metodología utilizados en los estudios, que dificultan la generalización de las tasas de prevalencia (Oh et al., 2006). A esto debemos añadir que la situación de anonimato social dificulta su detección y análisis riguroso (Oh et al., 2006; Sanmartín et al., 2001).

Las mujeres son apuntadas como las principales víctimas, siendo los hombres (47% los hijos) los que ejercen conducta de maltrato con mayor frecuencia, excepto en la situación de negligencia que es más frecuente en mujeres (National Center on Elder Abuse, 1998).

En Irlanda, Cooney, Howard y Lawlor (2006) estudiaron la prevalencia de los malos tratos físicos, psicológicos y negligencia en personas mayores con demencia ejercidos por parte de sus cuidadores. Estos autores han encontrado que el 52% de los cuidadores admitieron realizar malos tratos, siendo los más frecuentes los de tipo psicológico (51%), siguiéndole los de tipo físico (20%) y la negligencia (4%). En un estudio sobre la prevalencia de los malos tratos físicos, económicos, negligencia y psicológicos realizado en Montreal (Vida, Monks y Des Rosiers, 2002), se ha verificado la presencia de al menos un tipo de maltrato en 16% de los casos estudiados, destacándose el económico (13%) como el principal, siguiéndole la negligencia (6%), el maltrato psicológico (4%) y, por fin, el de tipo físico (2%).

En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE; 2015), en el año de 2006, en un total de 44339 personas de ambos los sexos, 3848 personas de entre 65 y 74 años sufrieron de maltrato y 3412 de 75 o más años. Sanmartín et al. (2001) relatan que hay una sospecha de prevalencia de malos tratos domésticos en personas mayores del 11,9%. Respecto al maltrato a los mayores por género, parece que las mujeres sufren más del abuso sexual siguiéndose el maltrato económico, maltrato psicológico, maltrato físico y la negligencia en el cuidado psicoafectivo y físico, mientras que los varones son más maltratados a nivel de negligencia en el cuidado físico y psicoafectivo, siguiéndole el maltrato físico, psicológico y el maltrato económico.

Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Regato y Espinosa (2013) consideran que existe una prevalencia del 12,1%; donde el maltrato más sufrido es el psicológico, aunque se constata la presencia compartida de distintos tipos de maltrato (psicológico, físico y sexual). Quienes padecen más de este tipo de maltrato son las mujeres, siendo sus

conyugues los principales maltratadores. Para Bazo (2001), la negligencia y otros tipos de malos tratos ejercidos a las personas mayores en España son del 4,7%. Este trabajo ha estimado los malos tratos sufridos por los mayores en provincias de este país (en su domicilio) y considera que en Salamanca 4508 mayores sufren de malos tratos: 2425 un tipo de maltrato, 1303 dos tipos, 478 tres tipos y 302 cuatro o más tipos de maltrato simultáneamente, siendo la negligencia física el tipo de maltrato más dominante.

En los Estados Unidos se ha verificado que durante un año, la tasa de incidencia para el maltrato psicológico fue 4,6%, para el maltrato físico de 1,6%, maltrato sexual de 0,6%, maltrato económico de 5,2% y 5,1% para la negligencia (Acierno et al., 2010), siendo el contexto doméstico el espacio de mayor incidencia de los malos tratos (Oh et al., 2006). La OMS (2016) expone que las personas mayores víctimas de maltrato tienen el doble de probabilidad de morir en relación a los mayores que no sufren maltrato y prevé un incremento de los malos tratos debido al envejecimiento de la población mundial.

3.3. Factores relacionados con el maltrato

El maltrato puede ocurrir por influencia de distintos factores (presencia de factores de riesgo y ausencia de factores de protección) asociados a la persona mayor, a su entorno (cuidador principal; familia; residencia) y a la sociedad. En la tabla 2 se presentan los factores de riesgo y de protección del maltrato relacionados con las características de la persona mayor, al cuidador principal, su familia, la residencia, la sociedad y a los profesionales (Sánchez y Díaz, 2009).

La persona mayor vulnerable, frágil o dependiente presenta condiciones favorables a sufrir maltrato, ejecutado por personas que mantienen con ellas algún tipo

de relación (cuidadores, familiares o profesionales). La presencia de maltrato puede estar asociada con la falta de capacidad para controlar las situaciones que le causan malestar o estrés, aunque esto no significa que las personas mayores dependientes o en circunstancias de fragilidad sufran obligatoriamente malos tratos (Rueda-Estrada, 2008). Factores como la personalidad, el componente funcional y cognitiva, la depresión, el bajo apoyo social y los traumas de infancia son los factores de mayor vulnerabilidad (Fulmer et al., 2005).

Además, cuando se vive en un medio adverso, en el que existen varios factores de riesgo y los sujetos o sus familias presentan debilidades en su funcionamiento (factores de vulnerabilidad), las consecuencias de sus crisis y problemas se incrementan de modo significativo. Las familias con muchos problemas (por ejemplo, desorden en la estructura y dinámica del sistema familiar, pobre comunicación entre sus miembros, exclusión social, entre otros; Gómez, Muñoz y Haz, 2007) son más susceptibles a los efectos de la adversidad, y dichos efectos se pueden tornar crónicos y presentes en varias generaciones familiares (Colapinto, 1995).

Según Johannesen y LoGiudice (2013), los factores de riesgo que conllevan a los malos tratos, se relacionan con: 1) los mayores (deterioro cognitivo, problemas conductuales, enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos, dependencia funcional, mala salud física o fragilidad, bajos ingresos o baja riqueza, trauma o existencia de maltrato en el pasado y etnicidad); 2) el perpetrador (sobrecarga del cuidador o estrés, enfermedad psiquiátrica o problemas psicológicos); 3) las relaciones personales (desarmonía familiar, relaciones pobres o conflictivas entre cuidador y persona cuidada); 4) medio ambiente (bajo apoyo social y la convivencia en común, excepto para maltrato económico). Además, la relación pre-mórbida entre el cuidador y

el enfermo (e.g., cuidadores que se han visto obligados a cuidarles), los factores de personalidad del cuidador (e.g., agresividad), la sintomatología psicológica y conductual (e.g., ansiedad y estrés), el consumo de alcohol por parte del cuidador (Compton, 1997; Cooney y Wrigley, 1996) y el elevado número de horas de cuidado (Cooper et al., 2010a) se consideran también factores de riesgo.

Tabla 2: Factores de riesgo y de protección del maltrato en las personas mayores

	Factores de riesgo	Factores de protección
Anciano	Deterioro físico, psíquico o emocional, que conlleva a la dependencia; aislamiento social; cohabitación con el agresor; rápido deterioro que no permite la organización de la familia; cambios regulares de domicilio y centro sanitario; desconocimiento de sus propios derechos.	Autonomía favorecida por actividad física, tiempo libre y ocio; apoyo psicológico y psiquiátrico al anciano y su cuidador; herramientas de valoración y atención de situaciones de rápida evolución; seguimiento de los “abuelos golondrina”; reconocimiento de las experiencias de maltrato; respeto de sus derechos; etc.
Cuidador principal	Cuidadores que sufren sobrecarga; único cuidador sin ayudas; cuidador poco preparado e informado; cuidador con problemas personales; depende económicamente del anciano; mala relación previa entre cuidador y anciano; abuso de alcohol y otras drogas.	Disponibilidad para ayudar al cuidador; formación sobre las necesidades de las personas mayores; independencia o estabilidad económica del cuidador; favorecer sus relaciones sociales.
Familia	Sin respuesta a demandas realizadas; falta de apoyo familiar y/o institucional; falta de espacio en la vivienda; problemas económicos; pobre relación familiar entre sus miembros;	Respiro familiar; atención, soporte y apoyo al domicilio; adaptación del espacio de la vivienda a las necesidades del enfermo.
Residencias	Trabajadores: situación laboral precaria; <i>burnout</i> ; trastornos mentales; consumo de sustancias tóxicas; falta de formación y baja profesionalidad. Institución: pocos medios profesionales o problemas estructurales; falta de inspecciones u otro tipo de control; falta de adaptación de la estructura física a las necesidades de las personas mayores; normas inadecuadas; etc.	Trabajadores: mejores condiciones laborales; formación continuada. Institución: adecuar los recursos; presentar criterios de buenas prácticas y de calidad; presencia de un equipo multidisciplinar; evaluaciones periódicas, entre otros.
Sociedad	Barreras arquitectónicas; recursos insuficientes para la atención a los ancianos; desigualdades sociales; discriminación de los mayores; pobres relaciones intergeneracionales, entre otros.	Divulgar imágenes positivas de los mayores; cumplimiento de leyes y normas; viviendas e infraestructuras ajustadas; servicios de voluntariado y apoyo social; etc.
Profesionales	Defectuosa o falta de detección de	Aplicar y desarrollar

casos; escasa formación de los profesionales.	instrumentos de medida que ayuden a la detección de casos.
Adaptado de Sánchez y Díaz (2009)	

3.4. Instrumentos para medir el maltrato en el anciano

El maltrato a los ancianos preocupa a los profesionales de salud que refieren la necesidad de utilización de instrumentos de medida para detectar el maltrato (Fogarty y Brown, 2002). Existe un conjunto de instrumentos destinados a medir el maltrato en el anciano y para esta detección son utilizados, por ejemplo: 1) Indicators of Abuse Screen (IOA; Reis y Nahmiash, 1998) destinado a detectar el maltrato y negligencia en el domicilio (Reis y Nahmiash, 1998); 2) Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS; Schofield y Mishra, 2003) para identificar a los mayores en riesgo de sufrir maltrato (Schofield y Mishra, 2003); 3) Revised Conflicts Tactics Scale (CTS-2; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996; validada para la población española por Loinaz, Echeburúa, Ortiz-Tallo y Amor, 2012) explora el maltrato psicológico y físico en una relación matrimonial (Straus et al., 1996); 4) Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST; Neale, Hwalek, Scott y Stahl, 1991) ayuda a detectar personas con alto riesgo a sufrir maltrato y que presentan necesidad de apoyo de servicios de protección (Neale et al., 1991); 5) Health, Attitudes toward aging, Living arrangements, Finances (H.A.L.F; Ferguson y Beck, 1983) basado en cuatro factores (estado de salud de los mayores, actitudes frente al envejecimiento, formas de vida y finanzas) y se destina a identificar las personas con riesgo de sufrir maltrato o que ya lo sufren (Ferguson y Beck, 1983); 6) QUALCARE Scale (Phillips, Morrison y Chae, 1990) cuantifica la calidad de la atención por parte de los familiares a mayores que viven en su hogar teniendo en cuenta aspectos físicos, psicosociales, ambientales, financieros, médicos y derechos humanos (Phillips et al., 1990); 7) Elder Assessment Instrument (EAI; Fulmer, 1984; traducido para español por Melendez, 2007) evalúa signos,

síntomas y quejas subjetivas de maltrato, explotación o abandono de ancianos; 8) Elder Abuse in the Home (REAH; Hamilton, 1989) informa sobre las tensiones y cambios en la familia que aumentan el riesgo de maltrato (Hamilton, 1989); 9) Caregiver Abuse Screen (CASE; Reis y Nahmiash, 1995; validado para la población española por Pérez-Rojo, Nuevo, Sancho y Penhale, 2014) evalúa la conducta violenta del cuidador contra el anciano (Reis y Nahmiash, 1995) y 10) Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES; Davies, 1993; Davies, 1997c), las enfermeras evalúan al cuidador (e.g., sus actitudes con el mayor, la posibilidad de maltrato o si el cuidador consume drogas o alcohol).

3.5. Maltrato en el anciano con demencia

Las personas que padecen de demencia presentan una mayor vulnerabilidad para sufrir malos tratos (Cooney et al., 2006; Cooper, Manela, Katona y Livingston, 2008). Los mayores con demencia presentan dificultades en exponer sus experiencias, recordar las situaciones que pasaron o relatar sus sentimientos. Esto dificulta la detección del maltrato, que puede ser físico, psicológico, emocional, económico, sexual o relacionado con la ingesta de medicamentos (Cooney et al., 2006; Cooney y Wrigley, 1996). El maltrato físico ocurre, frecuentemente, en simultáneo con el maltrato psicológico (Cooney et al., 2006; Wigglesworth et al. 2010), siendo el maltrato psicológico y emocional los más prevalentes (Cooper et al. 2009; Cooper et al., 2008; Wigglesworth et al. 2010). El maltrato económico es un tipo de maltrato difícil de detectar porque hay cuidadores que no lo consideran como una forma de maltrato (Conrad, Iris, Ridings, Langley y Wilber, 2010; Hansberry, Chen y Gorbien, 2005), pasando a gestionar los recursos financieros del mayor y a utilizar estos recursos como un derecho (Marson et al., 2009).

Debido a las limitaciones cognitivas de los mayores con demencia que dificultan la detección de esta problemática (Selwood y Cooper, 2009), es necesario tener presente los posibles signos que pueden servir como alertas de maltrato: comportamiento de angustia (evitación, poco contacto visual, aislamiento, baja interacción o negación al cuidado), cambios en los hábitos de sueño o alimentación y en la rutina diaria, heridas, desnutrición, fracturas y contusiones inexplicables, ingresos hospitalarios frecuentes, pérdida de citas médicas, mala higiene personal, dolor crónico, híper-vigilancia, recuerdos aterradores y pesadillas (Cooper et al., 2008; Flannery, 2003). En relación a las personas que no han sufrido malos tratos, los mayores que fueron maltratados presentan más úlceras de presión, pérdida de peso, problemas auditivos o de visión (Cooper et al., 2006).

Además de estos factores se añaden, el nivel de deterioro cognitivo, los problemas de conducta (e.g., delirios), los cambios acentuados en la personalidad, los problemas psicológicos, las malas relaciones familiares o la vivienda compartida por varios miembros de la familia, que facilitan la aparición del maltrato (Cooney, et al., 2006; Wigglesworth et al., 2010). Estos cambios, conjuntamente con la falta de información sobre la demencia y de cómo tratarla, pueden predecir el maltrato (Wigglesworth et al., 2010). Se ha verificado que personas con EA, en una fase inicial, presentan menor riesgo de sufrir maltrato emocional, negligencia o punitivos que enfermos en fases moderadas o moderadamente graves de demencia (Borza, Reisberg, Macarie y Astarastoe, 2011), así la disminución de las habilidades cognitivas incrementa el riesgo de sufrir maltrato físico, emocional, financiero, negligencia (VandeWeerd, Paveza, Walsh y Corvin, 2013) y sexual (Baker, Sugar y Eckert, 2009).

También se ha constatado que las personas con demencia expuestas a un riesgo elevado de maltrato, presentan mayor probabilidad de demostrar conductas agresivas (Pérez-Rojo et al., 2009). Finalmente, los mayores con demencia con menos ingresos (Wiglesworth et al. 2010) y que son del sexo masculino (Dyer, Pavlik y Murphy, 2000) presentan mayor probabilidad de sufrir maltrato.

Por otro lado, cuando los cuidadores de personas con demencia presentan mala salud psicológica o enfermedades psiquiátricas (Cooper et al. 2010a; Pérez-Rojo et al., 2009; Wiglesworth et al. 2010), baja autoestima (Cooper et al. 2010a), abuso de alcohol (Rospenda, Minich, Milner y Richman, 2010), aislamiento social (Moya-Bernal y Barbero-Gutiérrez, 2005), deterioro cognitivo y funcional (Cooney y Wrigley, 1996), una elevada sobrecarga (Cooper et al. 2010a; Yan y Kwok, 2011), un gran volumen de tareas a realizar (Pot, Dyck, Jonker y Deeg, 1996) o utilizan estrategias de afrontamiento disfuncionales (e.g., las situaciones diarias son entendidas como negativas e incontrolables; Matud, 2004), pueden promover maltrato hacia los mayores con demencia (Cooper et al., 2010a). Además, los cuidadores familiares que piensan cuidar del otro como una obligación, pueden proyectar su frustración a través de comportamientos agresivos contra la persona que padece demencia (Yan, 2014). Se ha comprobado que los cuidadores con depresión presentan mayor tendencia a desarrollar malos tratos de tipo físico y psicológico (Shaffer, Dooley y Williamson, 2007); cuando el cuidador es consumidor de alcohol presenta tres veces más probabilidad para realizar malos tratos de tipo físico (Vandeweerd et al., 2013).

En estudios realizados en España y en el Reino Unido, se ha demostrado que la angustia emocional (Cooney et al., 2006), la ansiedad y afecto deprimido (Cooper et al.,

2010) están asociados con malos tratos. Asociados a los malos tratos están también la baja educación y la edad avanzada de los cónyuges (Wiglesworth et al., 2010). Por un lado, en Taiwan, se ha comprobado que las mujeres cuidadoras más jóvenes y con elevada sobrecarga eran las que realizaban malos tratos de tipo psicológico a sus enfermos (Wang, Lin y Lee, 2006).

La pre-existencia de malos tratos en el contexto familiar, una relación pobre entre cuidador y enfermo y la ausencia de una percepción positiva del cuidado se asocia con malos tratos (Cooney et al., 2006; Williamson y Shaffer, 2001), siendo los miembros de la familia - conyugue o hijos adultos – los maltratadores más prevalentes (Selwood y Cooper, 2009). La coresidencia entre cuidador y persona cuidada también incrementa el riesgo de maltrato físico y verbal (Yan, 2014; Yan y Kwok, 2011), siendo los cónyuges los que presentan una probabilidad entre tres a cuatro veces más alta para realizar malos tratos comparativamente a los no conyugues (Beach et al., 2005). En algunas culturas, por ejemplo en Japón, es frecuente la práctica de malos tratos por parte de cuidadores a personas mayores con deterioro cognitivo leve. Estas conductas de maltrato pueden agravarse con la evolución del deterioro y son los hombres los más propensos a practicar malos tratos (Kishimoto et al., 2013).

Aunque existan factores importantes a la detección del maltrato, Moya-Bernal y Barbero-Gutiérrez (2005) han defendido la existencia de un conjunto de barreras que dificultan y enmascaran estos indicadores. La persona maltratada niega, muchas veces, los malos tratos o no los reconoce como tal, considerándolos normales y habituales. Teme por su aislamiento social, por las represalias de su cuidador y no le quiere causar problemas porque depende de él. A veces, sufre chantaje emocional y su deterioro

cognitivo también le puede impedir de denunciar la situación, así como su miedo a no ser creído. El cuidador niega la existencia de malos tratos, rechaza las intervenciones, impidiendo, en ocasiones, el acceso a los servicios sanitarios y sociales. En relación a los profesionales, muchas veces estos no tienen la formación necesaria y la concienciación de la problemática, adoptando una actitud de reticencia o ambivalencia. Se muestran incrédulos o no quieren involucrarse del punto de vista legal; en ocasiones, pueden desconocer los recursos disponibles para apoyar las víctimas, ya que son pocos los protocolos establecidos entre diferentes instituciones de apoyo.

Finalmente, la influencia de la sociedad y de los aspectos socioculturales también dificultan la detección del maltrato, por ejemplo, cuando las personas están pocos sensibilizadas para la problemática o tienen poca información sobre la misma, sus valores socioculturales influyen su manera para ayudar a resolver o abordar situaciones de conflictos en sus familias: evitan la intromisión de personas extrañas (vecinos, profesionales, amigos) porque consideran los malos tratos una situación privada. En la cultura oriental, predomina el respeto y los cuidados a los mayores pero las dificultades sociales como la pobreza o la mayor dependencia en los cuidados por parte del anciano se presentan como factores asociados a los malos tratos contra él (Yan y Tang, 2001). En países en desarrollo, Marmo, Davoli y Ogido (1995) refieren que las dificultades económicas en las familias también pueden desencadenar malos tratos. Así, en algunas sociedades (e.g., Brasil), la presencia de conflictos inter generacionales se relaciona con el deseo social de muerte de los mayores (Minayo, 2003). De un modo general, la actitud desfavorable y de depreciación hacía las personas mayores por parte de la sociedad dificulta detectar el problema de los malos tratos (Moya-Bernal y Barbero-Gutiérrez, 2005).

3.6. Sobrecarga, estrés y maltrato

Los malos tratos a las personas con demencia están asociados a un conjunto de factores, por ejemplo, la ansiedad, depresión o la sobrecarga del cuidador (Kohn y Verhoek-Oftedahl, 2011). Los cuidadores que presentan más sobrecarga tienen tendencia a agravar el maltrato, por ejemplo, la negligencia (Lee y Kolomer, 2005). Las conductas agresivas y la agitación del comportamiento del mayor con demencia incrementan tanto la sobrecarga como el estrés del cuidador (Yan y Kwok, 2011). Además de la sobrecarga, también se espera que el cuidador de las personas con demencia exhiba descontrol emocional y estrés (OMS, 2002) que, frecuentemente, producen consecuencias negativas para su salud física y psíquica y potencian los conflictos familiares o los malos tratos (Compton, Flanagan y Gregg, 1997; Cooney et al., 2006; Wigglesworth et al., 2010). Cuando el cuidador presenta una baja motivación para los cuidados, es más propenso a desarrollar estrés con el consiguiente riesgo para maltratar su enfermo (Camden, Livingston y Cooper, 2011).

El estrés se relaciona con el tiempo de cuidado y con la gravedad del deterioro cognitivo (Lee, McKeith, Mosimann, Ghosh-Noddyal y Thomas, 2013). Los signos y síntomas de estrés del cuidador son, a menudo, problemas psicológicos, ansiedad, depresión, la preocupación y la soledad (Stenberg, Ruland y Miaskowski, 2010), que están relacionados con la evaluación que el cuidador hace de su experiencia en los cuidados (Kim, Schulz y Carver, 2007). Cuando el cuidador vive situaciones estresantes crónicas, sin beneficiarse de un tiempo para recuperar adecuadamente, la probabilidad de contraer enfermedades aumenta. Juster, McEwen y Lupien (2010) han verificado, en cuidadores de pacientes con EA que sufrían de estrés crónico, un aumento del riesgo de contraer infecciones. Saad et al. (1995) han constatado que, debido al estrés provocado

por los cuidados, aumenta el consumo de alcohol. Así, cuando el cuidador presenta estrés, está agotado, deprimido o enfermo puede comprometer la calidad de atención necesaria a la persona a quien cuida (Rospenda et al., 2010). Pearlin et al. (1990) han aplicado el modelo del proceso de estrés al cuidado de personas adultas con demencia para explicar que el cuidador es responsable de satisfacer las necesidades del mayor con demencia y que la experiencia de cuidado, y el proceso de estrés asociado, cambian a lo largo del tiempo en función de la interacción de diferentes variables.

3.7. Modelos explicativos del maltrato

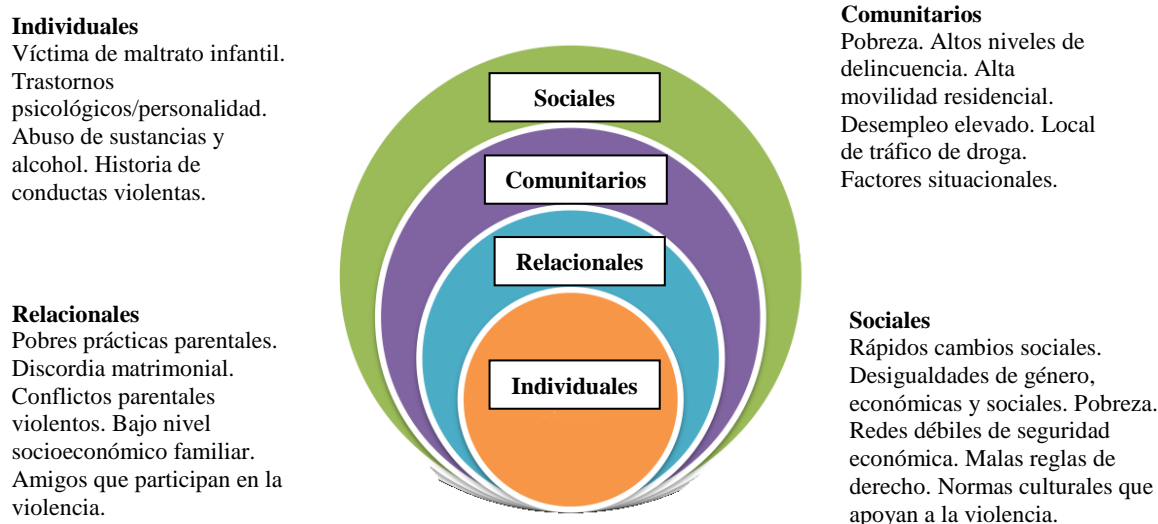
Según los modelos explicativos sobre los malos tratos a las personas mayores, Muñoz-Tortosa (2004) propone:

- a) El modelo psicológico, que defiende que la causa del maltrato tiene que ver con las características patológicas del cuidador: trastornos neuróticos o psicóticos, abuso de drogas, alcoholismo, enfermedad mental, dificultad para controlar impulsos, elevada ansiedad, baja autoestima; además, este modelo incluye otros factores causales del maltrato como dependencia económica del cuidador, insuficiente empatía del cuidador respecto a la persona que atiende y afectividad negativa con el sujeto que cuida.
- b) El modelo psicosocial, que expone que los malos tratos tienen como base las condiciones sociales, los valores y las prácticas culturales. La interacción entre el estrés social o laboral con los factores culturales (e.g., desigualdad de género), el ambiente familiar (sobrecarga del cuidador o desventaja social, por ejemplo el desempleo o el hacinamiento) o institucional, así como los problemas económicos, la pobreza social o personal, la precariedad

laboral, el aislamiento social o la falta de apoyos sociales del cuidador, son apuntados como fuertes causas de la conducta violenta.

- c) El modelo ecológico, que enfatiza el hecho de que el maltrato es resultado de la relación entre varios tipos de factores: individuales (características de los sujetos, e.g.,: haber sufrido maltrato, conductas agresivas, baja escolaridad, impulsividad, etc.), relacionales (las relaciones próximas con amigos, pareja o familia), comunitarios (las características de la escuela, contexto de trabajo, los vecinos, la movilidad sistemática de residencia, la heterogeneidad de la población del contexto donde vive) y sociales (culturas que aceptan la violencia como herramienta para resolver conflictos, las sociedades de carácter patriarcal y/o que están inmersas en conflictos políticos). Estos factores se subsumen uno dentro del otro. De esta forma, el más integral es el factor social, dentro de este se incluyen el factor comunitario, que a la vez engloba el factor relacional y, por último, el factor individual, que es el elemento que todos los factores incluyen. La figura 1 presenta el esquema del modelo ecológico.

Figura 1. Modelo ecológico: factores de riesgo en los diferentes niveles



Adaptado de OMS (2016)

Además de estos modelos psicológico, psicosocial y ecológico, hay que considerar la importancia de variables específicas como el estrés y comprender su relación con estos aspectos, ya que los componentes psicológicos o sociales no son, por sí solos, suficientes para explicar el maltrato (Manso, 2006). El estrés es una pérdida de equilibrio interno (Selye, 1956) y las situaciones que conllevan a este desequilibrio exigen un esfuerzo de adaptación por parte del sujeto que las interpreta según su historia de vida. Cuando el sujeto no presenta estrategias para afrontar las exigencias de las situaciones, puede ocasionar la aparición de malos tratos (Beckerman, Van Berkel, Mesman y Alink, 2017).

La teoría general del estrés de Lazarus y Folkman (1984) ha defendido que sujetos distintos o un sujeto en momentos diferentes, entienden un conjunto de estímulos de manera también diferente. Esto tiene que ver con la manera como las personas comprenden a una situación de estrés. Los factores personales y ambientales son los que influyen en la manera de percibir un estímulo como estresor o no. Existe un

proceso dinámico donde interactúan el sujeto y el entorno, por ello es imprescindible lo que la persona valora ante una situación de estrés, así como las estrategias que utiliza para afrontarla. Como las personas difieren en su sensibilidad, vulnerabilidad, interpretación y reacciones ante las situaciones, es importante conocer los procesos cognitivos que van a mediar la relación entre estímulo estresor y las respuestas de estrés, así como los factores que afectan a esta mediación.

Estos autores identifican tres tipos de evaluaciones cognitivas: la primaria, la secundaria y la reevaluación. En la evaluación primaria la persona valora el significado de la situación que ocurre y que puede tornarse en una amenaza. La evaluación primaria puede ser de tres tipos: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. Se considera irrelevante cuando la persona no pierde ni logra nada con la relación entre el sujeto y el ambiente, es positiva-beneficiosa cuando las consecuencias son positivas o producen bienestar al sujeto y son estresantes cuando tienen como consecuencias los daños y pérdidas (cuando hay un perjuicio real, se ha producido daño y puede volver a sufrirlo, por ejemplo, enfermedad incapacitante), la amenaza (daño o pérdida que puede ocurrir pero aún no ha ocurrido; es previsible) y desafío (la persona valora sus recursos y se ve capaz de emplearlos de manera adecuada para afrontar y superar la situación). La amenaza y el desafío son evaluaciones anticipatorias e implican congregar un conjunto de estrategias de afrontamiento, pueden ocurrir en simultáneo. La evaluación secundaria tiene que ver con lo que se debe hacer y se puede hacer, es decir, se valoran los propios recursos para afrontar la situación. Se valora la eficacia de las opciones de afrontamiento disponibles para abordar el estresor. El estrés depende de cómo el sujeto valora sus recursos de afrontamiento. Estos recursos son el *coping* (habilidades de afrontamiento) y el apoyo (social y material). La persona puede valorar las

discrepancias que hay entre sus habilidades de afrontamiento y las exigencias de la situación; cuando se verifique una gran discrepancia entre estos factores, mayor será el malestar y la ansiedad de los sujetos. La evaluación secundaria de las estrategias de *coping* y la evaluación primaria de la situación, interactúan entre sí y establecen el grado de estrés, intensidad y calidad de la respuesta emocional de los sujetos. Finalmente, la reevaluación tiene en cuenta la nueva información recibida del entorno o del sujeto que provoca cambios en la evaluación previa, con esto se producen correcciones en las valoraciones previas y el estrés de los sujetos puede incrementar o disminuir. Cuanto más vulnerable es una persona, de menos estrategias de *coping* dispone para afrontar una determinada situación. Las estrategias de *coping* son las habilidades cognitivas y conductuales que cambian con regularidad para afrontar las exigencias externas e internas que pueden exceder los recursos de que dispone el sujeto. Según los autores, hay dos tipos de *coping*, el *coping* para solucionar el problema (cambiar la relación entre el sujeto y el entorno) y el *coping* que regula la respuesta emocional del sujeto originada por el problema (Lazarus y Folkman, 1984).

La teoría del desarrollo familiar de Hill (1986) ha presentado el modelo ABC-X que defiende que en la crisis familiar existe una sucesión de eventos de respuestas. Para el autor, el estrés surge en la familia porque hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para afrontarlas. El grado del estresor, y la consecuente crisis o adaptación a la situación de estrés, resulta de un conjunto de factores que interactúan entre sí. La crisis familiar no es lo mismo que el estrés. La crisis ocurre cuando existe desequilibrio en el sistema familiar, mientras que el estrés puede ser tolerado por las familias con niveles distintos de tolerancia. No hay una connotación negativa del estrés por sí mismo. El modelo ABC-X explica que el factor A es la situación que causa

estrés, la situación causadora de estrés interactúa con los recursos (factor B) y con la interpretación que la familia hace de la situación de estrés (factor C) y que origina la crisis (factor X). Según Pozo-Cabanillas, Sarría-Sánchez y Méndez-Zaballos (2006) pueden existir factores moduladores (e.g., ayuda o apoyos en el cuidado) en la relación entre estresor (factor A) y el estrés (factor X).

Por último, el modelo de estrés, presentado por Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990), defiende que el proceso del estrés resulta de la relación entre distintas variables. Las variables son: a) el contexto e historia del cuidado (e.g., relación afectiva entre cuidador y enfermo); b) estresores (primarios y secundarios); c) moderadores del estrés (e.g., *coping* y apoyo social); d) resultados y consecuencias del estrés.

- a) En el contexto e historia del cuidado, se encuadran las variables previas al cuidado, como: tipo e intensidad de los estresores, tipo de relación afectiva entre cuidador y enfermo, las características sociodemográficas del cuidador y la red social y familiar.
- b) Los estresores son una consecuencia de los cuidados al enfermo. Son estresores primarios los que proceden del enfermo o del conjunto de actividades utilizadas por los cuidadores, destinadas a los enfermos debido a su discapacidad, es lo que ocurre, por ejemplo, en la asistencia en las AVD. Los estresores primarios pueden ser objetivos o subjetivos. En los objetivos se destaca el deterioro cognitivo y los problemas de conducta del enfermo o su nivel de dependencia funcional, en cuanto en los subjetivos están los problemas en las relaciones sociales o la sobrecarga percibida del cuidador. La sobrecarga del cuidador ocurre cuando los cuidados que debe prestar al enfermo exceden su capacidad de respuesta (física y/o psicológica) o de

adaptación a la situación. Los estresores secundarios (e.g., demandas del papel de cuidador o tensión intrapsíquica) provienen de las evaluaciones hechas por el cuidador de sus propios recursos y de sus interacciones con otras personas.

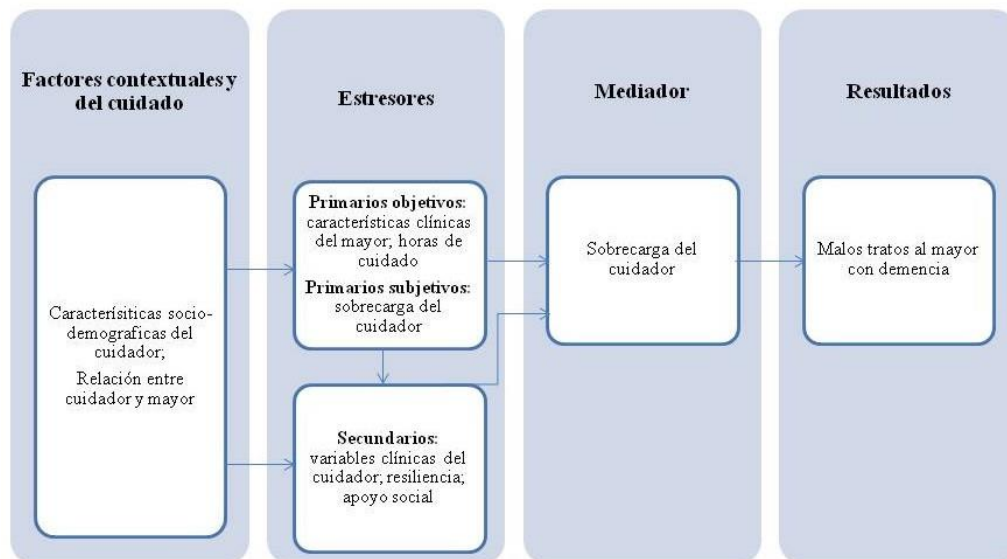
- c) Los moderadores del estrés son las acciones, los apoyos sociales, el *coping* o los recursos psicológicos (e.g., resiliencia o autoeficacia) con capacidad para cambiar la orientación del proceso del estrés según la regulación de los efectos estresores y, así, disminuir el impacto causado sobre los sujetos.
- d) Los resultados y las consecuencias del estrés son los efectos, de tipo psicológico, físico o social, que ocurren en el funcionamiento del organismo a varios niveles (e.g., salud física y psicológica de los cuidadores, sus estados afectivos, su capacidad para mantener sus papeles sociales, entre otros).

De una manera general, en este modelo, la adaptación a los cuidados necesarios va a depender de los estresores y de la valoración que los cuidadores hagan de la situación.

Teniendo en cuenta que el modelo de Pearlin et al. (1990) fue construido para explicar el estrés asociado al cuidado de la persona con demencia, identificando un conjunto de variables (el contexto e historia del cuidado, estresores primarios y secundarios, moderadores del estrés y consecuencias del estrés), y apuntado el cambio de sus interacciones a lo largo del tiempo, se ha tomado como el modelo de referencia para explicar la relación entre estas variables y el maltrato (variable dependiente). La

figura 2 expone la relación entre las variables del presente estudio, relacionadas con el maltrato, a partir del esquema propuesto por Pearlin et al. (1990).

Figura 2. Modelo de análisis de los malos tratos al mayor con demencia



PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo, los problemas de conducta y dependencia funcional suponen importantes exigencias para los cuidadores de las personas con demencia (Burns e Iliffe, 2009). Esto coloca al cuidador en una situación de alta vulnerabilidad para la aparición de la sobrecarga, que es definida como el impacto físico, psicológico, social y financiero relacionado con el cuidado de la persona dependiente (Pearlin et al., 1990). Para Zarit et al. (1980), la sobrecarga es una amenaza para la salud física y psicológica del cuidador. En este sentido, Wang et al. (2006) indican que los cuidadores con elevada sobrecarga se asocian con una mayor probabilidad de ejercer este tipo de malos tratos, definido como la mala conducta o ausencia de cuidados por parte de los familiares, que produce daño físico, psicológico, sexual, económico a la persona mayor (Fernández-Alonso y Herrero-Velázquez, 2006; Lachs y Pillemer, 2004).

En España, se estima una prevalencia de los malos tratos que oscila entre un 12-20% (Pérez-Rojo et al., 2014; Rivera-Navarro et al., 2017), pero esta puede variar según el tipo de estudio, metodologías utilizadas o aspectos socioculturales (Cooper et al., 2006; De Donder et al., 2011; Wiglesworth et al., 2010). En este contexto, existen diferentes factores que han sido relacionados con un aumento de la probabilidad del maltrato del anciano con demencia (Rueda-Estrada, 2008). Entre los factores asociados al cuidador, Sousa et al. (2010) han verificado que son los hombres que con mayor frecuencia presentan más conductas de maltrato. Entre los factores relacionados con el enfermo, Wiglesworth et al. (2010) confirmaron también que los trastornos de conducta y el comportamiento agresivo de la persona cuidada son factores asociados con la aparición de malos tratos por parte del cuidador. Finalmente, factores contextuales donde Yan y Kwok (2011) constataron que la falta de un apoyo doméstico se relaciona con conductas violentas por parte de los cuidadores.

Por el contrario, también se han descrito factores de protección frente al maltrato, tales como la resiliencia y el apoyo social (Greenberger y Litwin, 2003; Herrenkohl, Herrenkohl y Egolf, 1994; Wilks y Croom, 2008), sin embargo, el número de investigaciones es aún escaso.

Es sabido que la manera en como los distintos factores de estrés afectan la salud del cuidador depende de los factores de protección personales y sociales de los propios cuidadores (Gottlieb y Wolfe, 2002). Así, las personas resilientes se caracterizan por tener mejores recursos internos, tales como mayores niveles de autoestima, mejores destrezas sociales y de afrontamiento, tiendo una mejor capacidad para asignarles sentido a las experiencias de sufrimiento, un mejor control de impulsos de agresión y una mayor capacidad para empatizar con los otros (Brooks, 2005). Esta capacidad que se asocia a una menor frecuencia de institucionalización de los enfermos (Gaugler et al., 2007). El apoyo social influye positivamente sobre la resiliencia, la cual se asocia con un mejor estado físico y emocional de los cuidadores (Fernández-Lansac, Crespo-López, Cáceres y Rodríguez-Poyo, 2012). Al mismo tiempo, las personas con más resiliencia tienen una red más amplia de apoyos y de mejor calidad (Braithwaite, 2000), que ayudarían a mejorar la calidad de los cuidados, incluso cuando existe sobrecarga (Greenberger y Litwin, 2003). Esto demuestra que la resiliencia produce efectos positivos al controlar las influencias de otros factores (Wilks, Little, Gough y Spurlock, 2011).

La percepción de la sobrecarga percibida por parte de los cuidadores funciona como mediador de las respuestas de los sujetos ante las situaciones de cuidado (Levesque et al., 2002).

De este modo, la sobrecarga puede ser un mediador en la relación entre variables que previenen a los malos tratos, influyendo en la variabilidad de las respuestas (Schuz, O'Brein, Bookwala y Fleissner, 1995; Wilks y Vonk, 2008).

Sin embargo, la sobrecarga ha sido estudiada, fundamentalmente, en función de sus consecuencias negativas (e.g., ansiedad y depresión), pero poco se sabe sobre su influencia como variable mediadora en la aparición de malos tratos.

Además, los estudios disponibles presentan un tamaño limitado de muestras no comunitarias, escasa uniformidad metodológica y su integración en un modelo teórico sobre el maltrato es limitada.

Este trabajo analizará un conjunto de variables relacionadas con la aparición de los malos tratos tales como las características clínicas de la persona con demencia (e.g., deterioro cognitivo), los aspectos sociodemográficos del cuidador (e.g., sexo), aspectos del cuidado (e.g., horas de cuidado) y variables psicosociales como la sobrecarga, la resiliencia y el apoyo social. Además, se analizará qué papel juega la sobrecarga en la relación entre resiliencia y apoyo social con los malos tratos. Este estudio permitirá un mayor conocimiento sobre los factores que influyen en los malos tratos y podrá, en el futuro, ayudar a definir nuevas estrategias de prevención e intervención sobre el maltrato que promuevan el bien-estar y la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores familiares.

4.1. Objetivos

Objetivo general

Estudiar una serie de factores relacionados potencialmente con las conductas de malos tratos en una muestra de cuidadores familiares de pacientes con demencia.

Como **objetivos específicos** se pretende:

Estudiar si existe asociación entre las características clínicas de los pacientes y las conductas de los malos tratos por parte de los cuidadores.

Verificar si existe asociación entre las características sociodemográficas de los cuidadores y las conductas de los malos tratos hacia la persona con demencia.

Describir la relación entre las características del cuidado (e.g., relación previa, horas de cuidado diario) con la aparición de los malos tratos en el anciano con demencia.

Detallar la relación entre la sobrecarga percibida del cuidador familiar y la aparición de los malos tratos en la persona con demencia.

Analizar la relación entre la resiliencia del cuidador familiar, como una variable psicológica disposicional, con la aparición de los malos tratos hacia la persona con demencia.

Comprender la relación entre el apoyo social percibido y la aparición de conductas de malos tratos hacia el anciano con demencia.

Analizar el posible papel de la sobrecarga, como un factor de mediación, en la relación entre la resiliencia y el apoyo social con los malos tratos.

4.2. Hipótesis

En función de los objetivos planteados, nos hemos planteado las siguientes hipótesis:

- I. El deterioro clínico y funcional del sujeto con demencia se relaciona con las posibilidades de sufrir maltrato por parte de sus cuidadores familiares (Cummings et al., 2013; VandeWeerd et al., 2013). De manera específica, se espera que:

“Una mayor severidad clínica, tanto a nivel cognitivo, conductual o funcional de la persona con demencia correlacionará positivamente con las posibilidades de sufrir maltrato”.

- II. Las características sociodemográficas del cuidador se relacionan con las posibilidades de ejercer maltrato al mayor con demencia (Cooper et al., 2010a; Kishimoto et al., 2013; Wigglesworth et al., 2010). Por tanto, esperamos que:

“Mayor edad de los cuidadores se correlaciona positivamente con las posibilidades de desencadenar maltrato”.

“Menor nivel educativo de los cuidadores se correlacione de manera positiva con las posibilidades de desencadenar maltrato”.

“El sexo masculino se asocie positivamente con mayor posibilidad de maltrato”.

- III. Las características del cuidado se correlacionan con la aparición de los malos tratos en el anciano con demencia (Wrubel, Folkman y Acree, 2001; Yan y Kwok, 2011). Así, esperamos que:

“Una peor calidad en la relación previa y mayores horas de cuidado diario se correlacionan positivamente con las posibilidades de desencadenar conductas de maltrato”.

- IV. La sobrecarga percibida del cuidador familiar se correlaciona con la aparición de conductas de maltrato al mayor con demencia (Pérez-Rojo et al., 2009; Yan, 2014). Por tanto, esperamos que:

“Una mayor sobrecarga del cuidador se asocie positivamente con la probabilidad de ejercer malos tratos al paciente con demencia”.

- V. La resiliencia del cuidador familiar y el apoyo social se consideran factores de protección del maltrato a la persona con demencia (Dong, 2015; Wilks, Little, Gough y Spurlock, 2011; Yan y Kwok, 2011). Por tanto, cabe esperar que:

“Una mayor resiliencia del cuidador y mayores niveles de apoyo social percibido se correlacionen negativamente con la aparición de conductas de maltrato”.

VI. La sobrecarga tiene un efecto de mediación en la relación entre la resiliencia y apoyo social con la aparición de conductas de maltrato del cuidador hacia el anciano con demencia (Jeong et al., 2015). Por tanto, cabe esperar que:

“La sobrecarga promueve un efecto de mediación significativo en la relación entre resiliencia y la probabilidad de ocurrir conductas de maltrato”.

“La sobrecarga tiene un efecto de mediación significativo en la relación entre apoyo social y la probabilidad de ocurrir conductas de maltrato”.

5. MÉTODO

5.1. Participantes

La muestra del estudio se compone por 326 cuidadores familiares, mayoritariamente mujeres (67.2%), de personas con demencia residentes en la comunidad de Castilla y León. Todos eran cuidadores principales que se ofrecieron de manera voluntaria a participar en el estudio y dieron su consentimiento informado por escrito. Como criterio de exclusión, de los 326 cuidadores evaluados para el estudio, fueron excluidos aquellos que llevaban un periodo inferior a tres meses realizando las tareas de cuidado ($N = 9$). El estudio fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad de Salamanca.

5.2. Instrumentos/ Material

Todos los cuidadores fueron sometidos a una entrevista estructurada completa para recoger las características sociodemográficas (del cuidador y del enfermo), la estructura familiar y las características del cuidado. En suma, se utilizaron una serie de instrumentos estandarizados que se detallan en la tabla 3.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación utilizados en el estudio

Instrumentos de Evaluación
Caregiver Abuse Screen (CASE; Reis y Nahmiash, 1995).
Cuestionario de Apoyo Social Duke-Unc (Broadhead et al., 1988)
Cuestionario de Salud General SF-12 (Ware y Sherbourne, 1992)
Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (Zarit et al., 1980)
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD; Zigmond y Snaith, 1983)
Escala de Katz (Katz, Ford, Moscovitz, Jackson y Jaffe, 1963)
Escala de Pfeffer (FAQ; Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance y Filos, 1982)
Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003)
Informant Questionnaire Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE; Jorm y Korten, 1988)
Inventario Neuropsiquiátrico (NPI; Cummings et al., 1994)

Evaluación de la persona con demencia

Informant Questionnaire Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE; Jorm y Korten, 1988; S-IQCODE; versión española de Morales, González-Montalvo, Del Ser y Bermejo, 1992). Este instrumento se basa en la información del cuidador sobre los cambios cognitivos del enfermo en los últimos años. Es un instrumento constituido por 26 preguntas valoradas entre 1 (ha mejorado mucho) y 5 (ha empeorado mucho). Se puede obtener una puntuación entre 0 y 130 puntos, donde una puntuación más alta significa mayor declive cognitivo. En la versión española, se ha verificado una validez diagnóstica superior a la del MMSE (sensibilidad del 86%, una especificidad del 92%, valor predictivo positivo del 54% y el valor predictivo negativo del 98%; Morales et al., 1992). El S-IQCODE no está influido del nivel académico, edad, ni de la condición premórbida del enfermo (Morales et al., 1992).

Inventario Neuropsiquiátrico (NPI; Cummings et al., 1994; versión española abreviada (NPI-Q) de Boada, Cejudo, Tárraga, López y Kaufer, 2002). Tiene como objetivo recoger información sobre la existencia de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. Los datos son recogidos a través de una entrevista semiestructurada a un informador fiable del entorno del paciente. Es un instrumento concebido para ser aplicado a personas con demencia, aunque puede ser aplicado para valorar alteraciones conductuales en otras patologías. Este instrumento es constituido por doce subescalas orientadas a las alteraciones neuropsiquiátricas, diez de la conducta y dos neurovegetativas: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión/disforia, ansiedad, euforia, apatía/indiferencia, reinhibición, irritabilidad/labilidad, actividad motora aberrante, sueño/conductas nocturnas y apetito y hábitos alimenticios. La aplicación del instrumento al cuidador debe hacerse por un profesional clínico experto. Inicialmente, el sujeto es cuestionado sobre la presencia de síntomas específicos y caso las respuestas sean afirmativas se hace una exploración más detallada que abarca la frecuencia y la intensidad de los síntomas, caso contrario, se pasa al síntoma siguiente. La frecuencia de las alteraciones se refiere al número de veces que ocurren los episodios, debiéndose clasificarse entre 0 y 4 (0 – ausente; 1 – ocasionalmente; 2 – a menudo; 3 – frecuentemente; 4 – muy frecuentemente). La gravedad se refiere hasta que punto esos episodios perturban el paciente y debe clasificarse entre 1 y 3 (1- leve; 2- moderada; 3- grave). Los valores calculados para cada subescala se obtienen a través de la multiplicación entre frecuencia y gravedad con un valor máximo de 12 puntos. Cuando se suma el valor de la multiplicación entre frecuencia y gravedad se puede alcanzar un total de 144 puntos. El NPI también permite cuestionar sobre el desgaste producido en el cuidador. El sujeto puede valorar su propio desgaste en una escala de cinco puntos, siendo la puntuación total de 60 puntos.

Este instrumento presenta una buena fiabilidad test-retest para la frecuencia (0,79) y gravedad (0,86) y una consistencia interna (0,88) elevada (Cummings et al., 1994). La versión del NPI abreviada, adaptada y validada para la población española – NPI-Q – presenta buenos valores de fiabilidad test-retest ($r = 0,92$) y validez convergente ($r = 0,87$). El NPI-Q añade analiza igualmente los 12 síntomas neuropsiquiátricos (valorados en 12 ítems), en los aspectos de la gravedad del síntoma y el agotamiento que produce en el cuidador. La escala va desde 0 puntos (ausencia absoluta de trastornos neuropsiquiátricos) hasta un máximo de 36 puntos. Cuanto al desgaste producido en el cuidador, los valores pueden ir desde 0 puntos, que indica que no presenta síntomas neuropsiquiátricos hasta los 60 puntos que indican la máxima afección emocional en el cuidador derivada de la existencia de síntomas neuropsiquiátricos (Boada et al., 2002).

Escala de Katz (Katz, Ford, Moscovitz, Jackson y Jaffe, 1963). Es un instrumento que mide el nivel de dependencia y funcionalidad de los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria. Es una escala sencilla que permite comprender la conducta en seis funciones distintas, organizadas de manera jerárquica, teniendo en cuenta la capacidad del paciente en los últimos 7 días: bañarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia y alimentarse. Esta valoración permite conocer el estado funcional del enfermo y verificar las alteraciones a lo largo del tiempo. La puntuación puede hacerse de dos formas: De manera jerárquica, donde el paciente es clasificado en siete grupos (identificados por letras de A a G), de acuerdo con la dependencia (necesita de ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión en sus tareas) e independencia (no necesita de ayuda o utiliza mecánica), o dicotómica (0 y 1 punto para cada ítem) (Katz et al., 1963). En cuanto a su fiabilidad, presenta una buena fiabilidad intraobservador e

interobservador con una concordancia de 80% (Valderrama y Pérez del Molino, 1997). Su validez de constructo respecto a otras escalas es adecuada con una sensibilidad que permite identificar pequeñas alteraciones en la funcionalidad (Cruz-Jentoft, 1991; Valderrama y Pérez del Molino, 1997).

Escala de Pfeffer (FAQ; Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance y Filos, 1982; versión española de Olazarán, Mouronte y Bermejo, 2005). Es un cuestionario que evalúa once actividades instrumentales de la vida diaria e indica el nivel de independencia de una persona en realizar determinadas tareas (e.g., manejar dinero, hacer la comida, estar corriente de las noticias, etc.). La versión española se valora entre 0 (totalmente independiente) y 33 (totalmente dependiente), con un punto de corte de 6 que indica la existencia de deterioro funcional y posible deterioro cognitivo. La consistencia interna de la FAQ es de 0,95 y la fiabilidad test-retest es de 0,98. Para la demencia, su sensibilidad es de 95% y una especificidad de 88% (Olazarán et al., 2005).

Evaluación del cuidador

Caregiver Abuse Screen (CASE; Reis y Nahmiash, 1995; versión española de Pérez-Rojo et al., 2015) permite medir la violencia ejercida por el cuidador a la persona mayor. Es un instrumento que se centra en la violencia física, psicológica, financiera y negligencia. Es sencillo de implementar y su organización no implica que sea aplicado por personal estrictamente sanitario. Valora 8 ítems con categorías de respuesta dicotómica, con una puntuación máxima de 8 puntos, cuyos resultados de 4 o más respuestas positivas, pueden indicar un mayor riesgo de perpetración de la violencia contra el mayor. La CASE presenta una buena capacidad de discriminación, una consistencia interna de 0,71 y la correlación con el *Indicators of Abuse Screen* es de $r =$

0,41 ($p < 0.001$). La versión española presenta propiedades psicométricas satisfactorias, con un valor de consistencia interna (0,84) mejor que la versión original (Pérez-Rojo et al., 2015).

Entrevista de Sobrecarga del Cuidador (Zarit et al., 1980; versión española abreviada de Gort et al., 2005). Es un instrumento que pretende medir la sobrecarga de los cuidadores de personas mayores. Se basa en un conjunto de preguntas que tienen que ver con los sentimientos o ideas de las personas cuando cuidan a un familiar. Este instrumento es basado en 7 preguntas que se centran en los aspectos negativos en algunas áreas de la vida asociadas a los cuidados realizados (e.g., autocuidado). Su sensibilidad y especificidad es de 100%. Los ítems son valorados en una escala entre 1 (nunca) y 5 (casi siempre), que permiten verificar con qué frecuencia el cuidador se siente afectado. La puntuación del instrumento varía entre 0 y 35 puntos, con su punto de corte de 17 puntos. A más puntuación, mayor es la sobrecarga (Gort et al., 2005).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD; Zigmond y Snaith, 1983; versión española de Quintana et al., 2003). Esta escala evalúa los síntomas de ansiedad y depresión. En un tiempo de aplicación aproximado de 10 minutos, el sujeto debe describir cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy. En total tiene 14 ítems, 7 miden la ansiedad y 7 la depresión. La puntuación de los ítems va desde 0 a 3, con una puntuación máxima de 21 puntos para cada escala (ansiedad y depresión). En la versión original, puntos de corte entre 0 y 7 indican ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente notable, entre 8 y 10 requiere consideración y entre 11 y 21 la sintomatología es relevante y es probable la presencia de ansiedad y depresión (Snaith, 2003). La puntuación total de la escala es de 42 puntos. En la versión

española, la fiabilidad test-retest muestra un coeficiente de correlación por encima de 0,85. La consistencia interna es alta para la ansiedad (0.86) y para la depresión (0.86) y presenta adecuada validez concurrente con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y con el Inventario de Depresión de Beck, respectivamente (Quintana et al., 2003).

Cuestionario de Salud General SF-12 (Ware y Sherbourne, 1992; versión española de Alonso, Prieto y Anto, 1995) es la versión reducida del SF-36. La escala completa mide la salud percibida, evaluando ocho aspectos de salud: funcionamiento físico, limitaciones en el rol por problemas físicos de salud, funcionamiento social, dolor corporal, salud mental, limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales, vitalidad y salud general. Si puede aplicar tanto a pacientes como a la población en general. La versión SF-12 está constituida por 12 ítems que valoran los conceptos generales de la salud física y mental, siendo sensible al cambio terapéutico. Estos ítems explican 90% de la varianza de los índices relativos a la componente física y mental del SF-36 en los Estados Unidos (Ware, Kosinski y Keller, 1996) y 91% en España (Alonso et al., 1995). Al comparar el SF-12 con el SF-36, las correlaciones oscilan entre 0,94 y 0,96 (componente física) y entre 0,94 y 0,97 (componente mental). En cuanto a su fiabilidad, la consistencia interna varía entre 0,72 y 0,89 y la fiabilidad test-retest varía entre 0,73 y 0,86. Salyers, Bosworth, Swanson, Lamb-Pagone y Osher (2000) indican que la validez concurrente del SF-12 es satisfactoria cuando comparada a otras medidas de salud física y mental en sujetos con enfermedad mental grave.

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003). Este instrumento de 25 ítems, que valora 5 dimensiones (1 - competencia personal; altos estándares y tenacidad; 2 - confianza en el instinto, tolerancia del afecto

negativo, fortalecimiento de los efectos del estrés; 3 - aceptación positiva del cambio y relaciones seguras con otros; 4 - control - control de la consecución de la propia meta y la posibilidad de acceder a la asistencia de otros - apoyo social; 5- influencias espirituales - fe en Dios o en el destino) permite cuantificar el nivel de resiliencia y valorar sus cambios en situaciones adversas. Los ítems son valorados en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 en absoluto, 1 rara vez, 2 a veces, 3 a menudo y 4 casi siempre). Esta versión original presenta un rango entre 0 y 100, no tiene un punto de corte establecido y una mayor puntuación es indicativa de mayor resiliencia. Sus propiedades psicométricas son buenas con alfa de Cronbach de 0,89. La fiabilidad test-retest fue 0,87 para el grupo de personas con trastornos de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático. Cuanto a la validez convergente, este instrumento presenta una correlación positiva con la Kobasa hardiness ($r = 0,83$) (Connor y Davidson, 2003).

Cuestionario de Apoyo Social Duke-Unc (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988; versión española de De la Revilla, Bailón, Luna, Delgado, Prados y Fleitas, 1991). Este instrumento tiene 11 ítems que miden el apoyo percibido. El apoyo se divide en apoyo afectivo (redes que permiten un soporte estrictamente emocional: demostrar amor, cariño y empatía, compuesta por 7 ítems) y confidencial (redes que permiten el apoyo material o refuerzan indirectamente las necesidades emocionales, es decir, la posibilidad de tener personas para comunicarse, formada por 4 ítems). Es un instrumento sencillo y la escala de valoración de las respuestas es de tipo Likert, con puntuaciones entre 1 y 5. Una menor puntuación significa un menor apoyo. La validación española muestra un punto de corte en el percentil 15, que significa una puntuación menor que 32. Cuando la puntuación es igual o mayor a 32, indica un apoyo percibido normal y cuando es menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. Esta

escala presenta un alfa de Cronbach de 0,90, el de la subescala de apoyo confidencial es de 0,88 y el del apoyo afectivo es de 0,79. La fiabilidad a través del test-retest para el conjunto de la escala fue superior a 0,75 (De la Revilla et al., 1991).

5.3. Procedimiento

Este estudio descriptivo correlacional fue desarrollado de manera multi-céntrica en diferentes instituciones que se comprometieron a participar en el mismo: el Centro de Referencia de Alzheimer de Salamanca, el Hospital Clínico y el Río Hortega de Valladolid, la Asociación de Familiares de Alzheimer de Valladolid, la Asociación de Familiares de Alzheimer de Zamora, la Asociación de Familiares de Alzheimer de Burgos, la Asociación de Familiares de Alzheimer de Aranda del Duero y la Asociación de Familiares de Alzheimer Amerindades (Burgos).

Inicialmente se pidió, a través de carta, la colaboración de los cuidadores familiares en el estudio y su autorización para poder contactarles presencialmente. Los cuidadores fueron informados sobre los objetivos del estudio y se les garantizó la confidencialidad de sus datos. Su participación en el estudio fue efectiva después de firmar el consentimiento informado. En una primera fase, se realizó una entrevista a los cuidadores para recoger los principales datos sociodemográficos, clínicos del paciente y relacionados con el cuidado. Posteriormente, se aplicó al cuidador un protocolo estandarizado que evaluó las características de la persona que recibía los cuidados (deterioro cognitivo-funcional y trastorno de conducta) y aspectos del cuidador como la sobrecarga, la resiliencia y el apoyo social percibido.

Análisis de los datos

Todos los análisis de datos fueron realizados con el programa estadístico SPSS 23 (IBM SPSS *Statistics version 23*). Los análisis descriptivos de la muestra comprendieron las medias y las desviaciones típicas para las variables cuantitativas, mientras que las frecuencias, con sus respectivos porcentajes, fueron empleadas para las variables nominales. Para analizar la relación entre las variables del cuidador y paciente con el maltrato, se realizó un análisis de correlación de Pearson (variables cuantitativas) y la correlación biserial puntual (variables nominales). Aquellas variables que mostraron asociación significativa con la escala de conductas de maltrato fueron seleccionadas como covariables para los análisis de regresión múltiple. En primer lugar, se analizó la capacidad de las variables objetivo (resiliencia, apoyo social y sobrecarga) para predecir el maltrato controlando el efecto de otras variables tales como la relación previa con el paciente (buena-muy buena frente regular o mala), el cuidado (número de horas) y las alteraciones conductuales del paciente. Posteriormente, se realizó un modelo relacional con los resultados de los análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos (*stepwise*) en el que el apoyo social y la resiliencia actúan como variables predictivas de la sobrecarga y del maltrato. En la ecuación de regresión, se establecieron dos pasos, en los que se fueron añadiendo sucesivamente las diferentes variables independientes estandarizadas. En el primer paso, se introdujeron dos variables (resiliencia y apoyo); y en el segundo de los pasos se introduce la sobrecarga. Los supuestos de normalidad e independencia de los residuos (estadístico Durbin-Watson), y ausencia de colinealidad (índice de tolerancia, índice de condición y factor de inflación de la varianza) entre las variables predictoras fueron comprobados para verificar la validez de los modelos. El nivel de confianza general adoptado fue de $p < .05$.

La presencia de efectos de mediación, entre las variables independientes (VI) y la dependiente (VD), fueron establecidos según Baron y Kenny (1986). Posteriormente, se utilizó el programa de Medgraph (Jose, 2013) para comprobar si el efecto de mediación es significativo (test de Sobel), los efectos directos e indirectos de la relación entre la variable independiente, mediadora y dependiente, y el índice estandarizado de la proporción del efecto indirecto sobre el total, denominado “*standardized indirect to total ratio*”, que muestra cuánto del efecto total de la relación original (VI sobre VD) se explica por el efecto indirecto de la variable mediadora.

6. RESULTADOS

6.1. Características de la muestra

De los 317 cuidadores que cumplían criterios del estudio, 34 no disponían de los datos completos del protocolo y fueron excluidos de los análisis estadísticos. La tabla 4 presenta las características de los cuidadores y pacientes con demencia.

6.2. Relación entre variables del cuidador y el paciente con el maltrato

Los análisis de correlación indicaron que las puntuaciones altas en la escala de maltrato (CASE) estaban significativamente relacionadas con la intensidad del deterioro cognitivo del paciente ($r = .19$, $p = .05$) y las alteraciones de conducta ($r = .38$, $p = .01$). Respecto al cuidador, existió una correlación positiva entre las puntuaciones del CASE y número de horas de cuidado ($r = .14$, $p = .05$), mientras que una relación previa de calidad (buena o muy buena), entre el cuidador y la persona con demencia, está negativamente relacionada con conductas de maltrato ($r = -.26$, $p = .01$). La sobrecarga ($r = .51$, $p = .01$) y los síntomas de ansiedad ($r = .39$, $p = .01$) y depresión ($r = .35$, $p < .01$) se correlacionaron positivamente con el CASE, mientras que un mejor estado de salud general se correlacionó negativamente ($r = -.15$, $p = .05$). Finalmente, las puntuaciones del CASE estuvieron también negativamente correlacionadas con el apoyo social ($r = -.27$, $p < .001$) y la resiliencia ($r = -.35$, $p < .001$).

6.3. Predicción del maltrato

El análisis de regresión simple indicó que las variables apoyo social ($B = -0.31$, $p < .001$) y resiliencia ($B = -0.37$, $p < .001$) están asociadas con una menor probabilidad de maltrato, siendo la proporción de la varianza explicada (R^2) de un 10% y 13%, respectivamente. Por el contrario, la sobrecarga está asociada con una mayor probabilidad de ejercer maltrato ($B = 0.50$, $p < .001$), con una varianza explicada del

25%. La tabla 5 presenta varios modelos de regresión múltiple, considerando la sobrecarga, el apoyo y la resiliencia como variables predictoras del maltrato.

Tabla 4. Características clínicas y sociodemográficas de los grupos

Cuidadores Informales	
Edad	59,9±14,6
Sexo (% mujeres)	186 (65,7)
Parentesco* (%)	
Hijo/ hija	115 (40,6)
Esposo(a)	157 (55,5)
Otros	11 (3,9)
Nivel de Educación * (%)	
Sin estudios	6 (2,1)
Estudios primarios	92 (32,5)
Estudios secundarios/ técnicos	103 (36,4)
Estudios superiores	82 (29,0)
Relación previa (% buena-muy buena)*	264 (92,7)
Tiempo de cuidado (años)	3,9 ±3,3
Cuidado por día (horas)	12,6±8,3
Sobrecarga (Zarit)	9,4 ±6,7
Resiliencia (Connor-Davidson)	73,9 ±13,7
Escala Hospitalaria	
Ansiedad	6,7±4,4
Depresión	4,3±3,8
Salud General (SF-12)	1,89±0,88
Maltrato del cuidador (CASE)	6,72±4,8
Pacientes con Demencia	
Edad	83,9±5,4
Sexo (% mujeres)	197 (69,6)
Tipo de Demencia * (%)	
Enfermedad de Alzheimer	242 (85,5)
Otras demencias¥	41 (14,5)
Estado Civil * (%)	
Casado(a)	166 (58,7)
Viudo(a)	109 (38,5)
Otros (viudo/separado)	8 (2,8)
Con quién vive * (%)	
Solo	26 (9,2)
Varias personas (una casa)	247 (87,3)
Varias casas (rotación)	10 (3,5)
Test del informador (S-IQCODE)	97,9±20,6
Inventario Neuropsiquiátrico (NPI)	9,1±6,2
Cuestionario de evaluación funcional (FAQ)	24,3±9,3
Índice de Katz (cuantitativa)	3,8 ±2,1

Nota. Los valores indican la media y desviación típica. * = frecuencias y porcentajes entre paréntesis para variables nominales. ¥ = demencias vasculares, frontotemporales, secundarias y de etiología desconocida

Los modelos de regresión múltiple indican que las tres variables (resiliencia, apoyo social y sobrecarga) predicen significativamente el maltrato, incluso tras controlar el efecto de otras covariables como las alteraciones de conducta, las horas de cuidado y la relación previa con el paciente. Los modelos de resiliencia y sobrecarga fueron los que explicaron un mayor porcentaje de varianza (tabla 5).

Tabla 5. Modelos de regresión múltiple para predecir el maltrato.

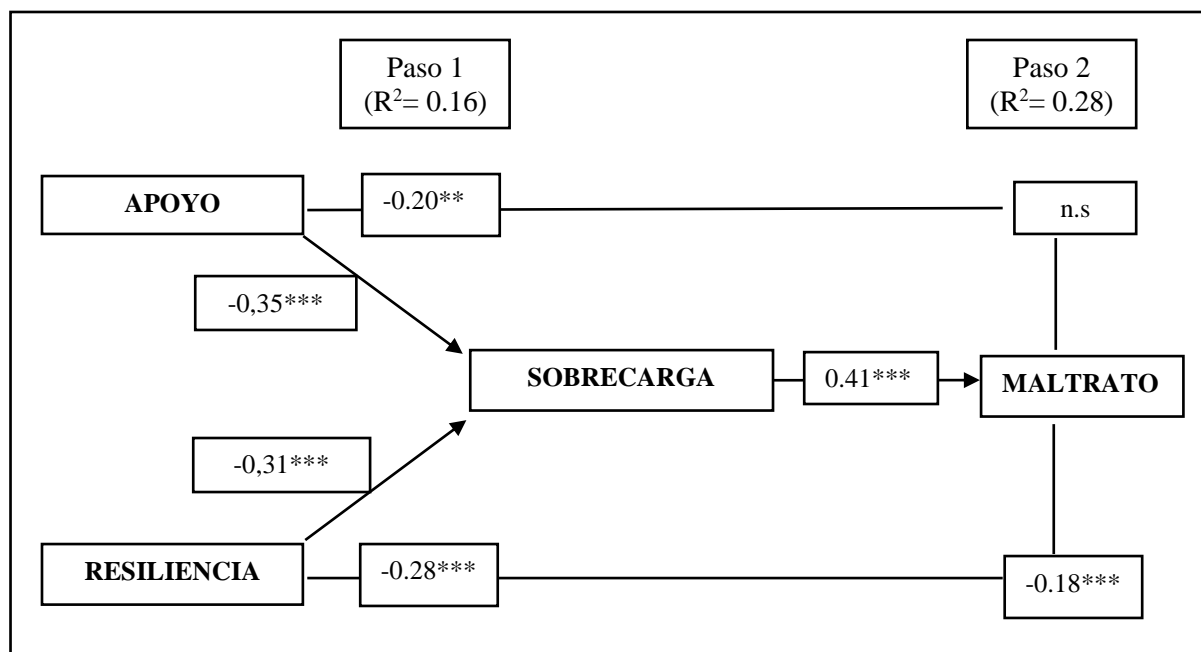
Modelos de regresión	Exp (B)*	Intervalo confianza (95%)	P
Modelo 1 ($R^2 = 0.25$)			
Relación previa	-0.19	-0.99, -0.29	<.001
Horas de cuidado	0.06	-0.00-0.00	0.23
Alteración conducta	0.33	0.07-0.15	<.001
Apoyo social	-0.20	-0.08,-0.02	<.001
Modelo 2 ($R^2 = 0.29$)			
Relación previa	-0.15	-0.87, -0.17	<.01
Horas de cuidado	0.06	-0.00-0.00	0.21
Alteración conducta	0.34	0.08-0.15	<.001
Resiliencia	-0.28	-0.06,-0.02	<.001
Modelo 3 ($R^2 = 0.30$)			
Relación previa	-0.16	-0.88, -0.21	<.01
Horas de cuidado	0.05	-0.00-0.00	0.24
Alteración conducta	0.19	0.02-0.10	<.01
Sobrecarga	0.37	0.08-0.15	<.001

Nota. R^2 = varianza explicada; Exp (B) = Coeficiente Beta Estandarizado.

Finalmente, se realizó un modelo de regresión por pasos para predecir el maltrato donde se introducen la resiliencia y el apoyo social en el primer paso, mientras que la sobrecarga en el segundo (figura 3). En el primer paso, la resiliencia y el apoyo predicen de manera independiente el maltrato. No obstante, al introducir la variable sobrecarga, en

el segundo paso del modelo, la resiliencia permaneció como variable significativa de la predicción y el efecto del apoyo social desapareció.

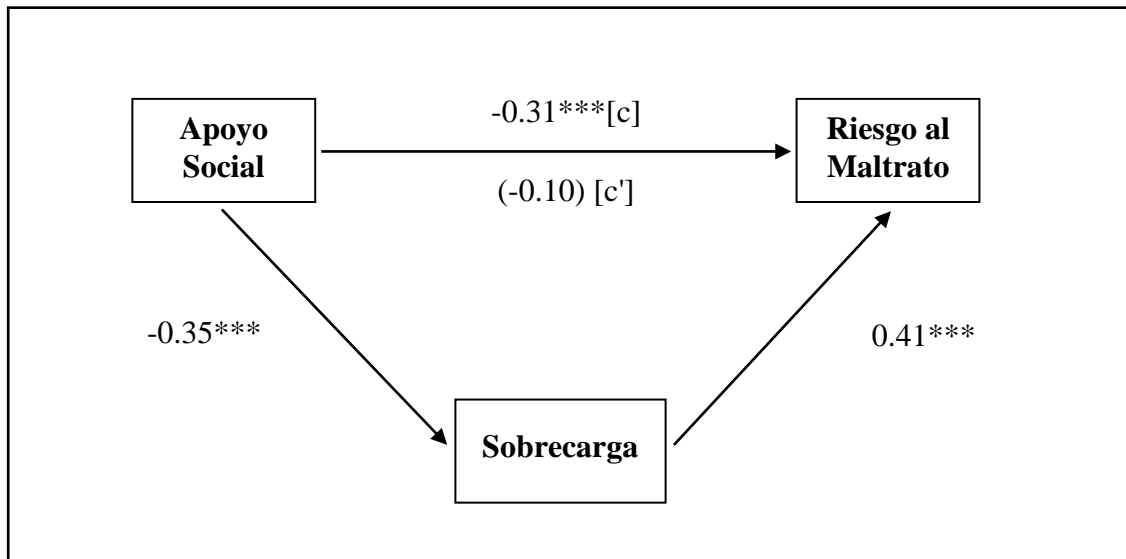
Figura 3. Modelo de regresión múltiple por pasos sucesivos para predecir el maltrato.



Los valores numéricos son coeficientes beta estandarizados. *** $p < .001$, ** $p < .01$ y * $p < .05$.

Por lo tanto, según Baron y Kenny (1986), la sobrecarga media la relación entre el apoyo social y el riesgo al maltrato, puesto que el efecto del apoyo social en el riesgo al maltrato dejó de ser significativo (c') por la inclusión de la sobrecarga en el modelo (figura 4). Además, el test de Sobel indicó que este efecto de mediación de la sobrecarga en la relación original fue significativo ($z\text{-value} = 4.269$, $p < .001$). De esta forma, el efecto indirecto del apoyo sobre el riesgo del maltrato, a través de la sobrecarga, fue de 0.21 con un “*standardized indirect to total ratio*” de 0.67. Esto indica que el 67% del vínculo entre el apoyo social y el maltrato puede ser explicado por el nivel de sobrecarga de los individuos, dejando el otro 33% a la acción de otros posibles mediadores.

Figura 4. Análisis de la sobrecarga como variable mediadora en la relación entre el apoyo social y el riesgo al maltrato.



[c] = efecto total del apoyo social sobre el maltrato sin la variable mediadora. [c'] = efecto directo del apoyo social sobre el maltrato considerando el efecto de la variable mediadora (sobrecarga). *** $p < .001$, ** $p < .01$ y * $p < .05$.

7. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio realizado demuestran que existen diferentes variables relacionadas con el enfermo, el contexto de cuidado y factores del propio cuidador que se relacionan con las conductas de maltrato en el anciano con demencia.

Más concretamente, los resultados comprobaron que existe una relación significativa positiva entre la intensidad del deterioro cognitivo y las alteraciones de conducta del mayor con la probabilidad de sufrir maltrato. Diferentes estudios han verificado igualmente que existe una asociación entre la intensidad del deterioro cognitivo y el riesgo de maltrato a personas con demencia (Cooper et al., 2010a), siendo que cuando el deterioro es más severo, los sujetos con demencia están expuestos a un mayor riesgo de maltrato (VandeWeerd y Paveza, 2005). Similarmente, VandeWeerd et al. (2013) confirman una relación positiva entre las alteraciones de conducta del mayor y la aparición de maltrato. Las alteraciones de conducta del mayor con demencia son un desafío exigente para el cuidador (Cummings et al., 2013), disminuyendo en gran medida la calidad de vida del paciente y cuidador (Khoo, Chen, Ang e Yap, 2013). No obstante, no hemos encontrado relación entre la alteración funcional y el maltrato, confirmando así los resultados obtenidos en estudios previos (Cooney et al., 2006; Pérez-Rojo et al., 2009).

Las variables sociodemográficas de los cuidadores no presentan una relación significativa con el maltrato al mayor con demencia. Otros estudios han apoyado estos resultados indicando que la variable sexo no se asocia con más probabilidad para ejercer malos tratos (Pillemer y Suitor, 1992; Selwood y Cooper, 2009). Aunque algunos estudios han encontrado una mayor probabilidad de ejercer maltrato en hombres y personas con baja educación (Cooper et al., 2008; Kishimoto et al., 2013; Wigglesworth

et al., 2010); no existe un perfil claro del maltratador apoyado en sus características sociodemográficas (Downes, Fealy, Phelan, Donnelly y Lafferty, 2013). Las diferencias encontradas entre los estudios cuanto a la inexistencia o existencia de relación entre las características sociodemográficas del cuidador y los malos tratos se pueden justificar por las diferencias sociales y culturales de las poblaciones de estudio (Kishimoto et al., 2013; Yan y Kwok, 2011).

En cuanto a las características del cuidado, los resultados demostraron que hay una relación positiva entre el número de horas diarias de cuidado y el maltrato, mientras una relación previa de calidad (buena o muy buena) presentó una relación negativa. Tal como refieren diferentes autores (Sbern, 2005; Zingmark, Sandman y Norberg, 2002), durante los cuidados se crean lazos afectivos entre cuidador y persona cuidada que pueden disminuir los efectos de factores negativos asociados al cuidado. Algunos estudios confirman que cuando no existe una buena relación entre cuidador y el mayor dependiente el maltrato es más probable (Compton et al., 1997; Cooney et al., 2006). Además, cuando el cuidado exige más horas, el riesgo de maltrato al mayor con demencia aumenta (Cooper et al., 2010a; Yan y Kwok, 2011). Por el contrario, Kishimoto et al. (2013) no encuentran una relación entre el número de horas de cuidado y el riesgo de maltrato a personas con demencia en estado leve, ya el número de horas aumenta con la severidad de deterioro y su efecto depende del nivel de apoyo recibido (Dong, 2015; Yan y Kwok, 2011).

En lo referido al cuidador, este estudio ha verificado que hay una relación positiva entre sus síntomas de ansiedad y depresión con las posibilidades de desencadenar malos tratos al mayor con demencia mientras que la relación con el estado

de salud general es negativa. Nuestros resultados son apoyados por los estudios de Cooper et al. (2010ab) donde encontraron una relación entre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores y el maltrato a mayores con demencia. Beach et al. (2005) especifican que la presencia de síntomas de depresión pueden desencadenar maltrato de tipo físico o psicológico, mientras que la ansiedad se relaciona más específicamente con la negligencia (Wiglesworth et al., 2010). Finalmente, Pot et al. (1996) encontraron, en consistencia con nuestras correlaciones, una relación positiva entre una mala salud psicológica del cuidador y el riesgo de perpetuar malos tratos a las personas mayores con demencia.

Los resultados también demostraron que la sobrecarga del cuidador se relaciona significativamente con la posibilidad de ejercer maltrato. Estos resultados son corroborados por diferentes estudios como el de Pérez-Rojo et al. (2009) y Yan (2014). El factor sobrecarga contribuye a la gravedad del maltrato, de modo global, y la negligencia, de modo particular, hacia la persona mayor con demencia (Lee, 2008; 2009; Rachel, Datka, Zyss y Zieba, 2014). Por el contrario, el cuidador resiliente presenta una menor probabilidad de ejercer malos tratos al mayor con demencia. En este sentido, Gallicchio, Siddiqi, Langenberg, y Baumgarten (2002) indican que los cuidadores resilientes pueden presentar menor susceptibilidad a desencadenar conductas negativas ante situaciones de estrés.

Los resultados también muestran una relación significativa entre el apoyo social y los malos tratos. Así, cuando el cuidador percibe que dispone de apoyo social la probabilidad de desencadenar malos tratos hacia la persona mayor con demencia es menor. Estos resultados van de acuerdo con los estudios de Lee (2008), Kilburn (1996)

y Yan y Kwok (2011), que han probado que un bajo nivel de apoyo social formal se asocia con el maltrato. Acierno et al. (2010) han destacado que un bajo apoyo social se asocia con casi todas las formas de maltrato (psicológico, físico, sexual, económico y negligencia).

Finalmente, los resultados obtenidos en los modelos de regresión múltiple indican que la resiliencia y el apoyo social predicen de manera independiente el maltrato, incluso tras controlar el efecto de diferentes covariables. Al considerar la sobrecarga en el modelo, el efecto de la resiliencia continuó siendo significativo, sin embargo, el efecto del apoyo social sobre el maltrato desaparece. De modo que, con independencia de la sobrecarga, el cuidador resiliente presenta menos posibilidades de maltrato, incluso considerando el efecto de todas las covariables. Estos resultados están en conformidad con los resultados de otros estudios, cuyos hallazgos muestran que altos niveles de resiliencia reduce los malos tratos (Bolger, Thomas y Eckenrode, 1997; Kashani y Allan, 1998) presentes en las familias. Además, sólo algunos tipos de apoyo social (e.g., interacción social) son eficaces en situaciones de alta demanda. Cuando el apoyo social no es suficientemente relevante (e.g., falta de apoyo significativo), su efecto puede desaparecer debido al efecto de mediación de otros poderosos predictores como la sobrecarga (Shiba, Kondo y Kondo, 2016).

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la sensibilidad de la información suministrada ha podido influir en pérdida de información relevante y la veracidad de la misma, cuya posibilidad de validación externa es limitada. Sin embargo, en la actualidad no existe un *gold standart* establecido en la detección del maltrato y su detección es un reto. Además, el instrumento empleado (CASE) no midió todos los

tipos de maltrato (e.g., maltrato sexual) y no se han distinguido los efectos de los diferentes tipos de apoyo social (formal vs informal) recibidos por los cuidadores. Finalmente, este estudio se realizó de manera multi-céntrica, a partir de cuidadores que acudían a los hospitales o centros en busca de apoyo, lo cual limita la generalización de los resultados.

Este estudio puede contribuir a entender las relaciones entre las variables del enfermo, el contexto del cuidado y del cuidador con la aparición de los malos tratos a las personas con demencia. Factores como la intensidad del deterioro cognitivo, las alteraciones conductuales de la persona con demencia, el número de horas de cuidado, una peor relación previa entre la persona cuidada y su cuidador y la sobrecarga percibida por el cuidador, predicen el maltrato. Por el contrario, resiliencia y el apoyo social en los cuidadores se muestran factores protectores de maltrato. Cabe destacar que la resiliencia se relacionó con una menor probabilidad de maltrato, incluso tras controlar el efecto de todas las covariables incluyendo la sobrecarga. En el caso del apoyo social, la sobrecarga presentó un efecto de mediación en las relaciones entre apoyo social de los cuidadores informales y sus posibles conductas de maltrato.

Este trabajo indaga sobre los factores de riesgo y protección del maltrato en el cuidador familiar de las personas mayores con demencia. En particular, se han estudiado posibles efectos de mediación de la sobrecarga sobre la resiliencia y apoyo social debido a la escasez de estudios y medidas adecuadas para evaluarlos.

Este estudio puede ayudar a crear programas educativos e informativos sobre el maltrato dirigidos a los cuidadores familiares de personas mayores con demencia por parte de las asociaciones u otros servicios sociosanitarios. Aclarar y estimular la

formación de cuidadores familiares sobre esta problemática es clave para saber discriminar adecuadamente las conductas de maltrato y prevenirlas en el futuro. Esto, además, requiere de políticas sociales adecuadas y programas de sensibilización sobre necesidades del cuidador y los malos tratos al anciano con demencia.

Futuros estudios longitudinales permitirán comprender mejor las manifestaciones del maltrato en el tiempo y plantear modelos teóricos robustos que permitan predecir el maltrato del anciano con demencia.

8. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este trabajo son:

- I. La intensidad del deterioro cognitivo y las alteraciones de conducta de la persona con demencia presentan una relación positiva con la posibilidad de sufrir maltrato.
- II. Las características sociodemográficas de los cuidadores (edad, sexo, nivel educativo) no correlacionaron con la presencia de malos tratos.
- III. El mayor número de horas de cuidado y una peor relación previa con el cuidador son factores significativamente asociados con el maltrato.
- IV. La sobrecarga del cuidador es un factor que predice el maltrato a la persona con demencia tras controlar el efecto de diferentes covariables.
- V. La resiliencia del cuidador y el apoyo social son factores independientes relacionados de manera negativa con el maltrato.
- VI. La resiliencia es una variable de protección frente al maltrato, incluso tras controlar el efecto de las diferentes covariables sociodemográficas, clínicas del enfermo y la sobrecarga.
- VII. El apoyo social es una variable de protección frente al maltrato, incluso tras controlar el efecto de las diferentes covariables sociodemográficas y clínicas.

No obstante, la sobrecarga tuvo un papel mediador de la relación entre apoyo social y el riesgo de maltrato.

9. CONCLUSIONS

The main conclusions of this study are:

- I. The intensity of cognitive impairment and behavioral alterations of the patients with dementia present a positive relationship with the possibility of suffering abuse.
- II. Sociodemographic characteristics of the caregivers (age, sex, educational level) did not correlate with the presence of abuse.
- III. The greater number of hours of care and a worse previous relationship with the caregiver are factors significantly associated with the abuse.
- IV. Caregiver burden is a factor that predicts the abuse of the patients with dementia after controlling the effect of different covariates.
- V. Caregiver resilience and social support are independent factors negatively related to abuse.
- VI. Resilience is a variable for the protection of abuse, even after controlling the effect of different sociodemographic, patient clinical covariates and burden.
- VII. Social support is a variable for the protection of abuse, even after controlling the effect of different sociodemographic and clinical covariates. However, the

burden had a mediating role in the relationship between social support and the risk of abuse.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acierno, R., Hernandez, M., Amstadter, A., Resnick, H., Steve, K., Muzzy, W., y Kilpatrick, D. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health, 100*, 292-297. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089
- Alonso, J., Prieto, L., y Anto, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona), 104*(20), 771-776.
- Alzheimer's Association. (2016, Diciembre). *What is dementia?*. Acedido a partir de <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
- Alzheimer's Disease International. (2015, Noviembre). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. El impacto global de la demencia. Un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias*. (Informe de Alzheimer's Disease International). Acedido a partir de: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf>
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mulan, J., Zarit, S., y Whittlatch, C. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Artaso, B., Goñi, A., y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 38*, 212-218. doi: 10.1016/S0211-139X(03)74886-0
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM 5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Atienza, A. A., Collins, R., y King, A. C. (2001). The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: A prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *Journal of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 56, S129-S139. doi: 10.1093/geronb/56.3.S129
- Baker, M., Sugar, N., y Eckert, L. (2009). Sexual assault of older women: Risk and vulnerability by Living Arrangement. *Journal of Sexuality Research & Social Policy*, 6, 79-87. doi: 10.1525/srsp.2009.6.4.79
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bang, J., Spina, S., y Miller, B. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet*, 386, 1672-1682. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00461-4
- Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bazo, T. (2001). Negligencia y malos tratos a personas mayores en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 8-14.
- Beach, S., Schulz, R., Williamson, G., Miller, L., Weiner, M., y Lance, C. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 255-261. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53111.x
- Beckerman, M., Van Berkel, S., Mesman, J., y Alink, L. (2017). The role of negative parental attributions in the associations between daily stressors, maltreatment

- history, and harsh and abusive discipline. *Child Abuse & Neglect*, 64, 109-116.
doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.015
- Bentham, P. W., Jones, S., y Hodges, J. R. (1997). A comparison of semantic memory in vascular dementia and dementia of Alzheimer's type. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(5), 575-580.
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tárraga, L., López, O., y Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17, 317-323.
- Bolger, K., Thomas, M., y Eckenrode, J. (1997). Disturbances in relationships. En J. Garbarino y J. Eckenrode (Orgs.), *Understanding abusive families: ecological approach to theory and practice* (pp. 86-98). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bonnie, R. J., y Wallace, R. B. (2003, Enero). *Elder Mistreatment: abuse, neglect and exploitation in an aging America*. Washington D.C.: National Research Council.
Acedido a partir de:
http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10406&page=1
- Borza, L., Reisberg, B., Macarie, G., y Astarastoe, V. (2011). A retrogenic model for detecting abuse of institutionalized people with Alzheimer's disease. *Romanian Journal of Bioethics*, 9(1), 65-75.
- Bowers, B. (1987). Intergerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *Advanced Nursing Science*, 9(2), 20-31.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden: making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14, 3-27. doi: 10.1177/0164027592141001
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40, 706-717. doi: 10.1093/geront/40.6.706

- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F., y Kaplan, B. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723.
- Brodsky, H., y Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.
- Brooks, R. (2005, Febrero). *The Power of Parenting*. Acedido a partir de: https://www.melissainstitute.org/documents/power_parenting.pdf
- Bunge, M. (2003). Trabajo social en gerontología. En M. Martín-García (Ed.), *La intervención social con personas mayores. Diseño y elaboración de proyectos sociales dirigidos a personas mayores* (pp.105-136). Madrid: Editorial Síntesis.
- Burgess, A. W., y Phillips, S. L. (2006). Sexual abuse and dementia in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1154-1155. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00779.x
- Burns, A., y Iliffe, S. (2009). Alzheimer's disease. *British Medical Journal*, 338, 446-471. doi: 10.1136/bmj.b46
- Camden, A., Livingston, G., y Cooper, C. (2011). Reasons why family members become carers and the outcome for the person with dementia: Results from the CARD study. *International Psychogeriatrics*, 23, 1442-1450. doi: 10.1017/S1041610211001189
- Cammer, P. (1996). Violence against elderly people. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 63(2), 97-100.

- Camós-Llovet, L., Casas-Tantiñà, C., y Rovira-Font, M. (2005). Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enfermería Clínica*, 15(5), 251-256.
- Canning, S. J., Leach, L., Stuss, D., Ngo, L., y Black, S. E. (2004). Diagnostic utility of abbreviated fluency measures in Alzheimer disease and vascular dementia. *Neurology*, 62, 556-562. doi: 10.1212/WNL.62.4.556
- Chang, B., Noonan, E., y Tennstedt, L. (1998). The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *Gerontological Society of America*, 38(4), 463-470.
- Chui, H. (2007). Vascular Cognitive Impairment. *Continuum Lifelong Learning in Neurology*, 13(2), 109-143.
- Clare, L., Wilson, B., Carter, G., Breen, K., Berrios, G., y Hodges, J. (2002). Depression and anxiety in memory clinic attenders and their carers: implications for evaluating the effectiveness of cognitive rehabilitation interventions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 962-967. doi: 10.1002/gps.735
- Clarfield, A. M. (2003). The decreasing prevalence of reversible dementias. An updated meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2219-2229. doi:10.1001/archinte.163.18.2219
- Claussen, A., y Crittenden, P. (1991). Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15, 5-18. doi: 10.1016/0145-2134(91)90085-R
- Clipp, E. C., y George, L. K. (1990). Caregiver needs and patterns of social support. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45(3), S102-111.

- Coduras, A., Rabasa, I., Frank, A., Bermejo-Pareja, F., López-Pousa, S., López-Arrieta, J. M., Del Llano, J., León, T., y Rejas, J. (2010). Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *Journal of Alzheimers Disease*, 19, 601-615. doi: 10.3233/JAD-2010-1258
- Cohen, S., Tyrrell, D. A., y Smith, A. P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612. doi: 10.1056/NEJM199108293250903
- Colapinto, J. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglectful families. *Family Process*, 34, 59-74. doi: 10.1111/j.1545-5300.1995.00059.x
- Compton, S. A., Flanagan, P., y Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 632-635. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199706
- Conde-Sala, J., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., y López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1262-1273. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001>
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Langley, K., y Wilber, K. H. (2010). Self-report measure of financial exploitation of older adults. *The Gerontologist*, 50, 758-773. doi: 10.1093/geront/gnq054

Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S., y Ramos, F. (2012).

Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia. A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging and Mental Health*, 16, 675-682. doi: 10.1080/13607863.2012.684666

Cooney, C., Howard, R., y Lawlor, B. (2006): Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: Can we identify those at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 564-571. doi: 10.1002/gps.1525

Cooney, C., y Wrigley, M. (1996). Abuse of the elderly with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 13, 94-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0790966700002627>

Cooper, C., Blanchard, M., Selwood, A., Walker, Z., Blizard, R., y Livingston, G. (2010b). Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 196, 480-485. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071811

Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinkova, E., Carpenter, G., y Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: A cross national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 489-497. doi: 10.1097/01.JPG.0000192498.18316.b6

Cooper, C., Manela, M., Katona, C., y Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 283-288. doi: 10.1002/gps.1875

Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., y Livingston, G. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: Representative cross sectional survey. *British Medical Journal*, 338. doi: 10.1136/bm.b155

- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R. y Livingston, G. (2010a). The determinants of family carers abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 136-142. doi:10.1016/j.jad.2009.05.001
- Coordenadoria de Desenvolvimento e Políticas de Saúde (CODEPPS). (2007). *Caderno de Violência contra Pessoa Idosa*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde.
- Córdoba, A., Latorre, F., y Mariño, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 35-45.
- Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L., y Almeida, S. (2009). Maus tratos nos idosos. Abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 537-542.
- Creutzberg, M., y Santos, B. (2000). Se a gente não tem família, não tem vida: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21, 101-112.
- Cruz-Jentoft, A. J. (1991). El índice de Katz. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26(5), 338-348.
- Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista ROL de Enfermería*, 27(12), 43-51.
- Cullen, J. S., Grayson, D. A, y Jorm, A. F. (1997). Clinical diagnoses and disability of cognitively impaired older persons as predictors of stress in their carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1019-1028. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199710)12:10<1019::AID-GPS677>3.0.CO;2-3
- Cummings, J. (2004). Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 351, 56-67. doi:10.1056/NEJMra040223

- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D., y Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.
- Cummings, J., Mintzer, J., Brodaty, H., Sano, M., Baneries, S., Devanand, D., Gauthier, S., Howard, R., Lanctôt, K., Lyketsos, C., Peskind, E., Porsteinsson, A., Reich, E., Sampaio, C., Steffens, D., Wortmann, M., y Zhong, K. (2013). Agitation in cognitive disorders: international psychogeriatric association provisional consensus clinical and research definition. International Psychogeriatric Association. *International Psychogeriatrics*, 27, 7-17. doi: 10.1017/S1041610214001963
- Cusi, A. M., Nazarov, A., Holshausen, K., MacQueen, G. M., y McKinnon, M. C. (2012). Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 37, 154-169. doi: 10.1503/jpn.100179
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- Davies, M. (1997c). Key issues for nursing: the need to challenge practice. En P. Decalmer, y F. Glendenning (Eds.), *The mistreatment of elderly people* (2nd ed.) (pp.175-185). London: Sage Publications.
- Davignon, J., Gregg, R., y Sing, C. (1988). Apolipoprotein E polymorphism and atherosclerosis. *Arteriosclerosis*, 8(1), 1-21.
- De Donder, L., Luoma, M., Penhale, B., Lang, K., Santos, A., Tamutiene, H., Koivusilta, M., Schopf, A., Alves, J., Reingarde, J., Perttu, S., Savola, T., y Verté, D. (2011). European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. *European Journal of Ageing*, 8, 129-143. doi: 10.1007/s10433-011-0187-3

- Deklunder, G., Roussel, M., Lecroart, J., Prat, A., y Gautier, C. (1998). Microemboli in cerebral circulation and alteration of cognitive abilities in patients with mechanical prosthetic heart valves. *Stroke*, 29, 1821-1826. doi: 10.1161/01.STR.29.9.1821
- De la Revilla L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M., y Fleitas L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-692.
- Dias, R., Simões-Neto, J., Santos, R., Sousa, M., Baptista, A., Lacerda, I., Kimural, N., y Dourado, M. (2016). A resiliência dos cuidadores independente dos sintomas clínicos da demência. *Arquivos de NeuroPsiquiatria*, 74, 967-973. doi: 10.1590/0004-282X20160162
- DiBartolo, M. C. (2002). Exploring self-efficacy and hardiness in spousal caregivers of individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(4), 24-33.
- Dong, X. (2015). Elder abuse in chinese populations: a global review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27, 196-232. doi 10.1080/08946566.2015.1039154
- Dorfman, L. T. (1995). Health conditions and perceived quality of life. *Health and Social Work*, 20, 192-199. doi: 10.1093/hsw/20.3.192
- Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N., y Lafferty, A. (2013). *Abuse of older people with dementia: a review*. Dublin: NCPOP, University College Dublin.
- Dunkin, J. J., y Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51, S53-S60. doi: 10.1212/WNL.51.1_Suppl_1.S53
- Dyer, C. B., Pavlik, V. N., y Murphy, K. P. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 205-208. doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb03913.x

- Eicher, P, y Batshaw, M. (1993). Cerebral palsy. *Pediatric Clinics of North America*, 40(3), 573-551.
- Erickson, R. J. (2005). Why emotion work matters: sex, gender, and the division of household labour. *Journal of Marriage and Family*, 67, 337-351. doi: 10.1111/j.0022-2445.2005.00120.x
- Farran, C. J. (2004). Caring for self while caring for others: the two track life of coping with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 38-46. doi: 10.3928/0098-9134-20040501-09
- Feder, A., Nestler, E. J., y Charney, D.S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457. doi: 10.1038/nrn2649
- Ferguson, D., y Beck, C. (1983). H.A.L.F. – A tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing*, 4(5), 301-304.
- Fernández-Alonso, M. C., y Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 37, 113-115. doi: 10.1157/13084493
- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Ramos, F., Menezes de Lucena, V., Silva, J., y Torro-Alves, N. (2016). Resilience in caregivers of persons with Alzheimer's disease: A human condition to overcome caregiver vulnerability. *Estudos de Psicologia*, 21, 125-133. doi: 10.5935/1678-4669.20160013
- Flannery, R. B. (2003). Domestic violence and elderly dementia sufferers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 21-23. doi: 10.1177/153331750301800107
- Fleischman, H., y Klupp, A. (2004). Quality of life in relatives of mentally ill people. *Psychiatric Praxis*, 31, S114-S116. doi: 10.1055/s-2004-828450

- Fogarty, C., y Brown, J. (2002). Screening for abuse in spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 15(2), 101-111.
- Friedman, M., Bowden, V., y Jones, E. (2003). *Family nursing: research, theory and practice* (5th edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Fulmer, T. (1984). Elder abuse assessment tool. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 3(4), 216-220.
- Fulmer, T., Paveza, G., Van de Weerd, C., Fairchild, S., Guadagno, L., y Bolton-Blatt, M. (2005). Dyadic Vulnerability and Risk Profiling for Elder Neglect. *The Gerontologist*, 45(4), 525-534.
- Gallagher, D., Ni, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R., Walsh, C., Coakley, D., Walsh, J., Cunningham, C., y Lawlor, B. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health*, 15, 663-670. doi:10.1080/13607863.2011.562179
- Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., y Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163. doi:10.1002/gps.538
- García-Rodríguez, F., y Ceballos-Atienza, R. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y Calidad de Vida* (2ª ed). Alcalá la Real: Alcalá.
- Gascón-Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J. L., De Pedro-Cuesta, J., Ramón, J. M., Manubens, J. M., Sánchez, C., Hernández, M., Estela, J., Juncadella, M., y Rubio, F. R. (2007). Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRATICON Study. *Neuroepidemiology*, 28, 224-234. doi: 10.1159/000108597

- Gaugler, J., Kane, R., Kane, R., Clay, R., y Newcomer, R. (2005). The effects of duration of caregiving on institutionalization. *The Gerontologist*, 45, 78-89. doi: 10.1093/geront/45.1.78
- Gaugler, J., Kane, R., y Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 62, 38-44. doi:10.1093/geronb/62.1.P38
- Geerlings, M., Bouter, L., Schoevers, R., Beekman, A., Jonker, C., Deeg, D., Tilburg, W., Adèr, H., y Schmand, D. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 176, 568-575. doi: 10.1192/bjp.176.6.568
- Gilliam, C. M., y Steffen, A. M. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging and Mental Health*, 10, 79-86. doi: 10.1080/13607860500310658
- Gitlin, L. N. (2001). Effectiveness of home environmental interventions for individuals with dementia and family caregivers. *Home Health Care Consultant*, 8, 22-26.
- Given, B., y Given, C. (1991). Family caregiving for the elderly. *Annual Review of Nursing Research*, 9, 77-101.
- Gómez, E., Muñoz, M., y Haz, A. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervencion. *Psykhé*, 16(2), 43-54.
- Gort, A. M., March, J., Gómez, X., Miguel, M., Mazarico, S., y Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 124(17), 651-653.

- Gottlieb, B., y Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: a critical review. *Aging & Mental Health*, 6, 325-342. doi: 10.1080/1360786021000006947
- Greenberger, H., y Litwin, H. (2003). Can burdened caregivers be affective facilitators of elder care-recipient health care. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 332-341. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02531.x
- Guo, Z., Cupples, L., Kurz, A., Auerbach, S., Volicer, L., Chui, H., Green, R., Sadovnick, A., Duara, R., DeCarli, C., Johnson, K., Go, R., Growdon, J., Haines, J., Kukull, W., y Farrer, L. (2000). Head injury and the risk of AD in the MIRAGE study. *Neurology*, 54(6), 1316-1323.
- Haaland, K., Price, L., y Larue, A. (2003). What does the WMS-III tell us about memory changes with normal aging?. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9, 89-96. doi: 10.1017/S1355617703910101
- Habermann, B., y Davis, L. L. (2005). Caring for family with Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. Needs, challenges and satisfactions. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 49-54. doi:10.3928/0098-9134-20050601-11
- Hall, J. (2002). Assessing the health promotion needs of informal carers. *Nursing Older People*, 14, 14-17.
- Hamilton, G. (1989). Preventing elder abuse: using a family systems approach. *Journal of Gerontological Nursing*, 15, 21-26. doi: 10.3928/0098-9134-19890301-07
- Hansberry, M. R., Chen, E., y Gorbien, M. J. (2005). Dementia and elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, 315-332. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2004.11.002>

- Hawley, D., y De Haan, L. (1996). Towards a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298. doi: 10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x
- Heim, C., Newport, D., Heit, S., Graham, Y., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A., y Nemeroff, C. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in woman after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284(5), 592-597.
- Herman, J. P., y Cullinan, W. E. (1997). Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trends in Neurosciences*, 20, 78-84. doi: 10.1016/S0166-2236(96)10069-2
- Hill, R. (1986). Life cycle stages for types of single parent families: of family development theory. *Family Relations*, 35, 19-30. doi: 10.2307/584278
- Hirsch, C. H., Stratton, S., y Loewy, R. (1999). The primary care of elder mistreatment. *Western Journal of Medicine*, 170(6), 353-358.
- Hoffmann, F., y Rodrigues, R. (2010, Noviembre). *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* (Informe de European Centre). Acedido a partir de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=F3387E647E318E36C6AE76ACBC778208?doi=10.1.1.627.6793&rep=rep1&type=pdf>
- Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., y Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, 566-572. doi: 10.1192/bjp.140.6.566
- Hughes, S. L., Giobbie-Hurder, A., Weaver, F. M., Kubal, J., y Henderson, W. (1999). Relationships between caregiver burden and health related quality of life. *The Gerontologist*, 39, 534-545. doi: 10.1093/geront/39.5.534

- Hurley, A., Gauthier, A., Horvath, J., Harvey, R., Smith, J., Trudeau, S., Cipolloni, P., Hendricks, A., y Duffy, M. (2004). Promoting safer home environments for persons with Alzheimer's disease. The Home Safety/Injury Model. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(6), 43-51.
- Instituto Nacional de Estadística (INE; 2015). *Encuesta Nacional de Salud. Año 2006: Estado de salud. Cifras absolutas. Agresión o maltrato en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Población de 0 y más años*. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Acedido a partir de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Jeong, Y., Jeong, Y., Kim, W., y Kim, J. (2015). The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of Physical Therapy and Science*, 27, 1543-1547. doi: 10.1589/jpts27.1543
- Johannesen, M., y LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42, 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195
- Jorm, A. F., y Korten, A. E. (1988). Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *British Journal of Psychiatry*, 152, 209-213.
- Jose, P. E. (2013). *MedGraph-I: A programme to graphically depict mediation among three variables: The internet version, version 3.0*. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand. Acedido a partir de: <http://pavlov.psyc.vuw.ac.nz/paul-jose/medgraph/>
- Junqueira, M., y Deslandes, S. (2003). Resiliencia e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 227-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025>

- Juster, R. P., McEwen, B. S., y Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 2-16. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.10.002
- Kalawski, J. P., y Haz, A. M. (2003). Y donde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2), 365-372.
- Kalmijn, S., Boxtel, M., Ocké, M., Verschuren, W., Kromhout, D., y Launer, L. (2004). Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance at middle age. *Neurology*, 62(2), 275-280.
- Kashani, J., y Allan, W. (1998). *The family violence on children and adolescents*. Thousand Oaks: Sage.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kaufman, J., y Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents?. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.
- Kavsek, M., y Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal Behavior Development*, 19, 651-668. doi: 10.1177/016502549601900312
- Khoo, S., Chen, T., Ang, Y., y Yap, P. (2013). The impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver distress and quality of life in persons with dementia in an Asian tertiary hospital memory clinic. *International Psychogeriatrics*, 25, 1991-1999. doi:10.1017/S1041610213001518.

- Kilburn, C. J. (1996). Network effects in caregiver to care-recipient violence: A study of caregivers to those diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8, 69-80. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J084v08n01_04
- Kim, H., Kim, S., y Kong, S. (2017). Resilience mediates impact of some childhood maltreatment on post-traumatic stress symptoms in conscripted marines in the republic of Korea. *Research in Nursing & Health*, 40, 51-62. doi: 10.1002/nur.21773
- Kim, M. J., Loucks, R. A., Palmer, A. L., Brown, A. C., Solomon, K. M., Marchante, A. N., y Whalen, P. J. (2011b). The structural and functional connectivity of the amygdala: from normal emotion to pathological anxiety. *Behavioural Brain Research*, 223, 403-410. doi: 10.1016/j.bbr.2011.04.025
- Kim, Y., Schulz, R., y Carver, C. S. (2007). Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69(3), 283-291.
- King, R. B., y Semik, P. E. (2006). Stroke caregiving: difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(4), 37-44.
- Kishimoto, Y., Terada, S., Takeda, N., Oshima, E., Honda, H., Yoshida, H., Yokota, O., y Uchitomi, Y. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research*. 209, 699-704. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.025
- Klika, J., y Herrenkohl, T. (2013). A review of developmental research on resilience in maltreated children. *Trauma Violence Abuse*, 14, 222-234. doi: 10.1177/1524838013487808
- Kohn, R., y Verhoek-Oftedahl, W. (2011). Caregiving and elder abuse. *Medicine and Health R I*, 94(2), 47-49.

- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37, 239-249. doi:10.1093/geront/37.2.239
- Lachs, M., y Pillemer K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364, 1263-1272. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17144-4
- Lage, M. I. (2005). Cuidados familiares a idosos. En C. Paúl y A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Larner, A. J. (2008). *Neuropsychological, Neurology. The Neurocognitive Impairments of Neurological Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, D., McKeith, I., Mosimann, U., Ghosh-Nodyal, A., y Thomas, A. (2013). Examining carer stress in dementia: the role of subtype diagnosis and neuropsychiatric symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 135-141. doi:10.1002/gps.3799
- Lee, G. R., Dwyer, J. W., y Coward, R. T. (1993). Gender differences in parent care: demographic factors and same-gender preferences. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S9-16. doi: 10.1093/geronj/48.1.S9
- Lee, M. (2008). Caregiver stress and elder abuse among Korean family caregivers of older adults with disabilities. *Journal of Family Violence*, 23, 707-712. doi: 10.1007/s10896-008-9195-2
- Lee, M. (2009). A path analysis on elder abuse by family caregivers: Applying the ABCX model. *Journal of Family Violence*, 24, 1-9. doi: 10.1007/s10896-008-9192-5

- Lee, M., y Kolomer, S. (2005). Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17, 61-74. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J084v17n01_04
- Levesque, L., Gendron, C., Vézina, J., Hébert, R., Ducharme, F., Lavoie, J., Gendron, M., Voyer, L., y Prévile, M. (2002). The process of a group intervention for caregivers of demented persons living at home: conceptual framework, components and characteristics. *Aging & Mental Health*, 6, 239-247. doi: 10.1080/13607860220142468
- Loinaz, I., Echeburúa, E., Ortiz-Tallo, M., y Amor, P. J. (2012). Propiedades psicométricas de la Conflict Tactics Scales (CTS-2) en una muestra española de agresores de pareja. *Psicothema*, 24(1), 142-148.
- Lourenço, N., Lisboa, M., y Pais, E. (1997). *Violência contra as mulheres*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Lyons, K. S., Zarit, S. H., Sayer, A.G., y Whitlatch, C. J. (2002). Caregiving as a Dyadic Process: Perspectives from Caregiver and Receiver. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(3), 195-204.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Manso, J. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(2), 271-292.
- Marmo, D., Davoli, A., y Ogido, R. (1995). Violência doméstica contra a criança. *Jornal de Pediatria*, 71(6), 313-316.

- Marson, D. C., Sawrie, S. M., Snyder, S., McInturff, B., Stalvey, T., Boothe, A., Aldridge T., Chatterjee, A., y Harrell, L. E. (2000). Assessing financial capacity in patients with Alzheimer Disease: a conceptual model and prototype instrument. *Archives of Neurology*, 57, 877-884. doi: 10.1001/archneur.57.6.877
- Martínez de la Iglesia, J., Herrero, R., Vilchesa, M., Tabernéa, C., Colomerc, C., y Luquec, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Medicina Clínica*, 117, 129-134. doi: 10.1016/S0025-7753(01)72040-4
- Martín-García, M. (2003). *Trabajo social en gerontología*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T., Ribeiro, J., y Garrett, C. (2003). Estudo de validação da escala de avaliação de sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 131-148.
- Martire, L., Stephens, M., y Atienza, A. (1997). The interplay of work and caregiving: relationships between role satisfaction, role involvement and caregivers well-being. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52B, S279-S289. doi: 10.1093/geronb/52B.5.S279
- Masten, A., y Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 13-27. doi: 10.1196/annals.1376.003
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>

- McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, S., y Bryne, B. (2002). Family resilience in childhood cancer. *Family Relations*, 51, 103-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00103.x>
- McCubbin, H., y Patterson, J. (1983). The family stress process: The double ABCX model of family adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37. doi: 10.1300/J002v06n01_02
- McGarry, J., y Arthur, A. (2001). Informal caring in later life: a qualitative study of the experiences of older carers. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 182-189. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01651.x.
- McKeith, I. G. (2002). Dementia with Lewy Bodies. *British Journal of Psychiatry*, 180, 144-147. doi: 10.1192/bjp.180.2.144
- McKeith, I., Perry, E., y Perry, R. (1999). Report of the second dementia with Lewy body international workshop: diagnosis and treatment. *Neurology*, 53, 902-905. doi: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.53.5.902>
- McKhann, G., Drachmann, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., y Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Resources Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939-944.
- Melendez, A. (2007, Mayo). *Evaluación de maltrato y abuso de personas mayores. Try this. Serie de evaluación general. Practicas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores*. Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York University. Acedido a partir de: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-15-spanish.pdf>

- Menezes de Lucena, V., Fernández-Calvo, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout: Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Meyer, J., Rauch, G., Rauch, R., y Haque, A. (2000). Risk factors for cerebral hypoperfusion, mild cognitive impairment and dementia. *Neurobiology of Aging*, 21, 161-169. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4580\(00\)00136-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4580(00)00136-6)
- Minayo, M. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 783-791.
- Morales, J. M., González-Montalvo, J. I., Del Ser, T., y Bermejo, F. (1992). Estudio de validación del S-IQCODE: la versión española del Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. *Archivos de Neurobiología*, 55(6), 262-266.
- Morishima, Y., Schunk, D., Bruhin, A., Ruff, C., y Fehr, E. (2012). Linking brain structure and activation in temporoparietal junction to explain the neurobiology of human altruism. *Neuron*, 75, 73-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2012.05.021>
- Morrison, R., McGrath, A., Davidson, G., Brown, J., Murray, G., y Lever, A. (1996). Low blood pressure in Down's syndrome: A link with Alzheimer's disease?. *Hipertension*, 28, 569-575. doi: 10.1161/01.HYP.28.4.569
- Moya-Bernal, A., y Barbero-Gutiérrez, J. (Coord.) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales. Familias y Discapacidad. IMSERSO.
- Muñoz-Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- National Center on Elder Abuse. (1998, Julio). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. Acedido a partir de: <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm>
- National Health Service. (2016, Diciembre). *Can dementia be prevented?*. Acedido a partir de: <http://www.nhs.uk/conditions/dementia-guide/pages/dementia-prevention.aspx>
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., y Stahl, C. (1991). Validation of the Hwaleksengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-415.
- Neno, R. (2004a). Male carers: myth or reality? *Nursing older people*, 16, 14-16.
- Neno, R. (2004b). Spouse caregivers and the support they receive: a literature review. *Nursing Older People*, 16, 14-15.
- Neuroalianza, Alianza Española de Enfermedades Neurodegenerativas. (2016). *Estudio sobre las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social*. Universidad Complutense de Madrid. Acedido a partir de: <http://neuroalianza.org/wp-content/uploads/Informe-NeuroAlianza-Completo-v-5-optimizado.pdf>
- Nieto-Carrero, M. (2002). *Ante la Enfermedad de Alzheimer: pistas para cuidadores y familiares*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Oh, J., Kim, H. S., Martins, D., y Kim, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005>
- Ohkura, T., Isse, K., Akazawa, K., Hamamoto, M., Yaoi, Y., y Hagino, N. (1994). Evaluation of estrogen treatment in female patients with dementia of the

- Alzheimer type. *Endocrine Journal*, 41, 361-371. doi: <http://doi.org/10.1507/endocrj.41.361>
- Olazarán, J., Mouronte, P., y Bermejo, F. (2005). Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 20(8), 395-401.
- Oliva, J., y Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 163-181.
- O'Neil, E. S., y Morrow, L. L. (2001). The symptom experience of woman with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 257-268.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014, Abril). *Maltrato de las personas mayores*. Acedido a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015, Marzo). *Chapter V Mental and behavioural disorders (F00-F99)*. Acedido a partir de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F02.8>
- Organización Mundial de la Salud. (2016, Marzo). *The ecological framework*. Acedido a partir de: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016, Marzo). *Elder abuse*. Acedido a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>
- Organización Mundial de la Salud/INPEA. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: OMS.
- Orodenker, S. (1990). Family caregiving in a change society: the effects of employment on caregiver stress. *Family Community Health*, 12(4), 58-70.

- Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., Tennsted, S., y Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177-185. doi: 10.1093/geront/39.2.177
- Paquet, M. (1995). La prevention auprès des personnes-soutien de personnes âgées dépendantes. Quelle prévention? *Canadian Social Work Review*, 12(1), 45-71.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S., y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pearlin, L. I., y Skaff, M. M. (1996). Stress and life course: A paradigmatic alliance. *The Gerontologist*, 36, 239-247. doi:10.1093/geront/36.2.239
- Pedro-Cuesta, J., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez-Laso, A., Reñé, R., De las Heras, S.P., Mateos, R., Martínez-Martín, P., Manubens, J. M., Mahillo-Fernández, I., López-Pousa, S., Lobo, A., Reglà, J. L., Gascón, J., García, F. J., Fernández-Martínez, M., Boix, R., Bermejo-Pareja, F., Bergareche, A., Benito-León, J., De Arce, A., y Del Barrio, J. L. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurology*, 9, 1-9. doi: 10.1186/1471-2377-9-55.
- Penrod, J. D., Kane, R. A., Kane, R. L., y Finch, M. D. (1995). Who cares? The size, scope, and composition of the caregiver support system. *The Gerontologist*, 35, 489-497. doi:10.1093/geront/35.4.489
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., y Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.04.005>

- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P., y Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 141, 522-526. doi: 10.1016/j.medcli.2012.09.048
- Pérez-Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., y Penhale, B. (2015). Validity and reliability of the spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE). *Research on Aging*, 37, 63-81. doi: 10.1177/0164027514522275
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H. Jr., Chance, J. M., y Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37, 323-329. doi: 10.1093/geronj/37.3.323
- Phillips, L., Morrison, E., y Chae, Y. (1990). The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 61-75.
- Pillemer, K., y Suitor, J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers?. *Journal of Gerontology*, 47, S165-S172. doi: 10.1093/geronj/47.4.S165
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250
- Pot, A. M., Dyck, R., Jonker, C., y Deeg, D. J. H. (1996). Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 156-162. doi: 10.1007/BF00785762
- Pozo-Cabanillas, P., Sarriá-Sánchez, E., y Méndez-Zaballos, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos de espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347.

- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., y Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 63-75. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., y Ruiz I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 216-221. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x.
- Rachel, W., Datka, W., Zyss, T., y Zieba, A. (2014). The influence of long-term care on the health of caregivers of Alzheimer's disease patients. *Przegl Lek.*, 71(12), 703-706.
- Rapp, S. R., Shumaker, S., Schmidt, S., Naughton, M., y Anderson, R. (1998). Social resourcefulness: its relationships to social support and wellbeing among caregivers of dementia victims. *Aging and Mental Health*, 2, 40-48. doi: 10.1080/13607869856920
- Reis, M., y Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
- Reisberg, B., Ferris, S., Leon, M., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal Psychiatry*, 139, 1136-1139. doi: 10.1176/ajp.139.9.1136
- Richards, S. B., y Lilly, L. M. (2001). Gerontological nursing family. En S. Hanson (Ed.), *Family health care nursing: theory, practice and research* (pp. 327-343). Philadelphia: Davies Publishers.
- Riedel, S. E., Fredman, L., y Langenberg, P. (1998). Association among caregiving difficulties, burden, and rewards in caregivers to older post-rehabilitation

- patients. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53, 165-174.
doi:10.1093/geronb/53B.3.P165
- Risco, C., Paniagua, M. C., Jimenez, G., Poblador, M. D., Molina, L., y Buitrago, F. (2002). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en la población anciana. *Medicina Clinica (Barc)*, 125, 51-55. doi: 10.1157/13076463
- Rivera, H., Dávila, R., y Gonzales, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(1), 27-32.
- Roca, M., y Úbeda, I. (2000). Atención domiciliaria. En A. Sánchez-Moreno (Ed.), *Enfermería comunitaria: actuación en enfermería comunitaria: sistemas y programas de salud* (pp.195-211). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez-Ponce, C. (2003). *Guía para la planificación de la atención sociosanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia*. Navarra: CEAFA.
- Rospenda, K., Minich, L., Milner, L., y Richman, J. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of addictive diseases*, 29, 314-324.
doi: 10.1080/10550887.2010.489450
- Roth, P. (1996). Family health promotion during transitions. En P. Bomar (Ed.), *Nurses and family health promotion: concepts, assessment and interventions* (pp. 365-394). Philadelphia: Saunders Company.
- Rudnick, A. (2004). Burden of caregivers of mentally ill individuals in Israel: A family participatory study. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 9(1), 147-152.
- Rueda-Estrada, J. D. (2008). *El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e igualdad de oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.

- Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31, 205-209. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Saad, K., Hartman, J., Kurian, M., Graham, C., Wilcock, G., y Ballard, C. (1995). Copings by the carers of dementia sufferers. *Age and Ageing*, 24, 495-498. doi: 10.1093/ageing/24.6.495
- Sachdev, P., y Looi, J. (2003). Neuropsychological differentiation of Alzheimer's disease and vascular dementia. En J. Bowler y V. Hachinski (Eds.), *Vascular Cognitive Impairment: Reversible Dementia* (pp. 153-175). Oxford: Oxford University Press.
- Salyers, M. P., Bosworth, H. B., Swanson, J. W., Lamb-Pagone, J., y Osher, F.C. (2000). Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness. *Medical Care*, 38(11), 1141-1150.
- Sanders, S. (2005). Is the glass half empty or half full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care*, 40, 57-73. doi: 10.1300/J010v40n03_04
- Sandmore, A., y Hauge, S. (2014). When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 283-291. doi: 10.2147/JMDH.S62197
- Sanmartín, A., Altet-Torner, J., Porta-Martí, N., Duaso-Izquierdo, P., Coma-Solé, M., y Requesens-Torrellas, N. (2001). Violencia domestica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. *Atención Primaria*, 27, 331-334. doi: 10.1016/S0212-6567(01)79376-6

- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e outras demências. Diagnóstico diferencial. En A. Castro-Caldas y A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 61-82). Lisboa: Lidel.
- Santoro, M. J. (2002). Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenómeno antigo e sempre atual. *Pediatria Moderna*, 6(38), 279-283.
- Sarason, I., Sarason, R., y Pierce, G. (1994b). Social support: Global and relationship-based levels of analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, 295-312. doi: 10.1177/0265407594112008
- Sbern, M. (2005). Shared care: elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 170-179. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x
- Schofield, M., y Mishra, G. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: women's health Australia study. *The Gerontologist*, 43, 110-120. doi: 10.1093/geront/43.1.110
- Schulz, R., O'Brein, A. T., Bookwala, J., y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and, causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791.
- Schulz, R., y Quittner, A. (1998). Caregiving for children and adults with chronic conditions: Introduction to the special issue. *Health Psychology*, 17, 107-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0092707>
- Schulz, R., Visintainer, P., y Williamson, G. M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, 45, 181-191.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Longmans.
- Selwood, A., y Cooper, C. (2009). Abuse of people with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 35-43. doi: 10.1017/S095925980999013X

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Shaffer, D., Dooley, W., y Williamson, G. (2007). Endorsement of proactively aggressive caregiving strategies moderates the relation between caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior. *Psychology and Aging*, 22, 494-504. doi: 10.1037/0882-7974.22.3.494
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19, 169-174. doi:10.1093/geront/19.2.169
- Shiba, K., Kondon, N., y Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: the AGES caregiver survey. *Journal of Epidemiology*, 26, 622-628. doi: 10.2188/jea.JE20150263
- Snaith, R. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-4. doi:10.1186/1477-7525-1-29
- Sousa, D., White, H., Soares, L., Nicolosi, G., Cintra, F., y D'elboux, M. (2010). Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 321-328.
- Souza, J., y Chaves, E. (2005). The effect of memory stimulation practices as a therapeutic method on healthy elders. *Revista da Escola de Enfermagem*, 39, 13-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000100002>
- Spar, J., y La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Stenberg, U., Ruland, C. M., y Miaskowski, C. (2010). Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 1013-1025. doi: 10.1002/pon.1670
- Stetler, C., y Miller, G. E. (2011). Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. *Psychosomatic Medicine*, 73, 114-126. doi: 10.1097/PSY.0b013e31820ad12b

- Stevens, M., Biggs, S., Dixon, J., Tinker, A., y Manthorpe, J. (2013). Interactional perspectives on the mistreatment of older and vulnerable people in long-term care settings. *British Journal of Sociology*, 64, 267-286. doi: 10.1111/1468-4446.12017
- Stone, R., Cafferata, G. L., y Sangle, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: a national profile. *The Gerontologist*, 27, 616-626.
- Straus, M. A., Hamby, S., Boney-McCoy, S., y Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales: Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Suen, L., y Morris, D. L. (2006). Depression and gender differences: focus on Taiwanese American older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 28-36.
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202. doi: 10.1007/BF00905728
- Tennstedt, S., y McKinlay, J. (1989). Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers. *The Gerontologist*, 29, 677-683. doi:10.1093/geront/29.5.677
- Terra, N., y Dornelles, B. (2003). *Envelhecimento bem-sucedido* (2ªed.). São Paulo: Edipucrs.
- Touchon, J., y Portet, F. (2002). *Guia Prático da Doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi.
- Tsai, Y., y Pai, H. (2016). Burden and cognitive appraisal of stroke survivor's informal caregivers: an assessment of depression model with mediating and moderating effects. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 237-243. doi: 10.1016/j.apnu.2015.11.007

- Turro-Garriga, O., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., Turon-Estrada, A., Pericot-Nierga, I., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, O., Soler-Cors, X., Planas-Pujol, S., Monserrat-Vila, S., y Garre-Olmo, J. (2010). Valor económico anual de la asistencia informal de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 51(4), 201-207.
- Úbeda, I. (1995). Atención a la familia: ¿utopía o realidad? *Revista ROL de Enfermería*, 203, 75-78.
- Vala, V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de saúde pública*, 15(supl. 2), 7-14.
- Valderrama, E., y Pérez del Molino, J. (1997). Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32(5), 297-306.
- Vallespir, J., y Morey, M. (2007). As pessoas idosas. Contecto social e intervenção educativa. En A. R. Osório y F. C. Pinto (Coord.), *A participação dos idosos na sociedade: integração vs. Segregação* (pp. 225-252). Lisboa: Instituto Piaget.
- VandeWeerd, C., y Paveza, G. J. (2005). Verbal mistreatment in older adults: a look at persons with Alzheimer's disease and their caregivers in the state of Florida. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(4), 11-30.
- VandeWeerd, C., Paveza, G. J., Walsh, M., y Corvin, J. (2013). Physical mistreatment in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Research*, 2013, 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/920324>
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research, and intervention*. New York: Praeger.

- Vida, S., Monks, R. C., y Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(5), 459-467.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., LlinàsReglà, J., López-Pousa, S., y López, O. L. (1999). El inventario neuropsiquiátrico: propiedades psicométricas de su adaptación al castellano. *Revista de Neurología*, 29(1), 15-19.
- Walker, A., Martin, S. S. K., y Jones, L. L. (1992). The benefits and costs of caregiving and care receiving for daughters and mothers. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 47, S130-S139. doi: 10.1093/geronj/47.3.S130
- Walker, M. E., Wasserman, S., y Wellman, B. (1994). Advances in social network analysis. Research in the social and behavioral. En S. Wasserman y J. Galaskiewicz (Eds.), *Statistical Models for Social Support Networks* (pp. 53-77). London: Sage Publications.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x
- Walsh, F. (2007). Traumatic loss and mayor disasters: Strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46, 207-227. doi: 10.1111/j.1545-5300.2007.00205.x
- Wallsten, S., y Snyder, S. (1990). A comparison of elderly family caregivers' and noncaregivers' perceptions of stress in daily experiences. *Journal of Community Psychology*, 18(3), 228-238.
- Wang, J., Lin, J., y Lee, F. (2006). Psychologically abusive behavior by those caring for the elderly in a domestic context. *Geriatric Nursing*, 27, 284-291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016

- Ware, J., Kosinski, Jr., y Keller, S. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Ware, J., y Sherbourne, C (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Werner, E., y Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., y Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 493-500. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x
- Wilks, S., y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12, 357-365. doi: 10.1080/13607860801933323
- Wilks, S., Little K., Gough H., y Spurlock, W. (2011). Alzheimer's aggression: influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 260-275. doi 10.1080/01634372.2010.544531
- Wilks, S., y Vonk, M. (2008). Private prayer among Alzheimer's caregivers: mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50, 113-131. doi: 10.1300/J083v50n3_09
- Willgerodot, M., y Killien, G. (2004). Family nursing research with Asian families. *Journal of Family Nursing*, 10, 149- 172. doi: 10.1177/1074840704263987
- Williamson, G., y Shaffer, D. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we are then, how we are now. The

- Family Relationships in Late Life Project. *Psychology and Aging*, 16, 217-226.
doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.2.217>
- Wright, L. M., y Bell, J. M. (2004). Retrospective – Nurses, families and illness: a new combination. *Journal of Family Nursing*, 10, 3-11. doi: 10.1177/1074840703261066
- Wrubel, J., Richards, T. A., Folkman, S., y Acree, M. C. (2001). Tacit definitions of informal caregiving. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 175-181.
- Yan, E. (2014). Abuse of older persons with dementia by family caregivers: Results of a 6-month prospective study in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 1018-1027. doi: 10.1002/gps.4092
- Yan, E., y Kwok, T. (2011). Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 527-535. doi: 10.1002/gps.2561
- Yan, E., y Tang, C. (2001). Prevalence and Psychological Impact of Chinese Elder Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(11), 1158-1174.
- Yee, J. L., y Schulz, R. (2000). Gender Differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 40, 147-164. doi: 10.1093/geront/40.2.147
- Zarit, S. H., Reever, K. E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655. doi: 10.1093/geront/20.6.649
- Zhu, C. W., y Sano, M. (2006). Economic considerations in the management of Alzheimer's disease. *Clinical Interventions in Aging*, 1(2), 143-154.

- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zingmark, K., Sandman, P., y Norberg, A. (2002). Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 50-58. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02145.x
- Zucchella, C., Michelangelo, B., Pasotti, C., Chiapella, L., y Sinfiorani, E. (2012). Caregiver Burden and Coping in Early-stage Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 26, 55-60. doi: 10.1097/WAD.0b013e31821aa6de